

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

CONTROL Y PERFIL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CONTINUADO CON ACENOCUMAROL  
ACTUALIZACIÓN 2009

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos  
TERESA PEMÁN MUÑOZ

Profesión  
MÉDICO DE FAMILIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  
C.S. ALMOZARA

Sector de SALUD:  
Zaragoza II

Correo electrónico:  
tpeman@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
976431533

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Clara Pueyo Salavera	Médico	C.S. Almozara
2 Nieves Sobreviela Celma	Enfermera	C.S. Almozara
3 Teresa Ortega Raposo	Enfermera	C.S. Almozara
4 Rafaela Gómez Rodenas	Enfermera	C.S. Almozara
5 Agustín Romeo Gutierrez	Médico	C.S. Almozara
6 Rocío Escriche Ros	MIR MFYC	C.S. Almozara
7 Alicia Báguena García	MIR MFYC	C.S. Almozara

### 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 el año 2008 se inició en nuestro centro un protocolo de mejora de la calidad en el control y perfil de seguridad del paciente en tratamiento con acenocumarol, en el que se pretendía incrementar el número de pacientes en control capilar, así como disminuir el número de interacciones medicamentosas.

Aunque la captación fue inferior al objetivo inicial planteado, ha permitido identificar el elevado número de interacciones medicamentosas, sin relevancia clínica, en estos pacientes y poner de manifiesto nuestras carencias, permitiendo así replantear el protocolo de atención incluyendo talleres de formación al personal sanitario del centro, así como actividades de educación para la salud a los pacientes.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**Indicadores analizados:**

1. Captación del paciente TAO – Control Capilar:  
 $\text{N}^\circ \text{ de pacientes TAO – Control capilar registrados} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total pacientes TAO} = 69 \times 100 / 426 = 16,2\%$
2. Indicador de interacciones medicamentosas:  
 $\text{N}^\circ \text{ de interacciones medicamentosas} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes TAO – control capilar registrados} = 39 \times 100 / 69 = 56,5\%$

**Valoración:**

El análisis de los resultados obtenidos en la evaluación del programa muestra un porcentaje de captación muy inferior al objetivo inicial deseado, contribuyendo a ello diversos factores, como la falta de formación específica entre los profesionales, la falta de simultaneidad entre las consultas de medicina y enfermería debido a problemas de infraestructura del propio centro, la carencia de medios técnicos suficientes para el desarrollo del protocolo de medición capilar del TAO y la resistencia al cambio entre algunos profesionales. Por otro lado, se ha detectado cierto rechazo en determinados pacientes a la propuesta de cambio a control capilar del TAO, a pesar de las ventajas evidentes que aporta esta técnica, posiblemente debido a la falta de información entre los pacientes adscritos al programa TAO.

Por último, señalar que la falta de formación específica entre los profesionales sanitarios, así como las dificultades técnicas derivadas de las variaciones sufridas a nivel del sistema informático, incluyendo la presión asistencial, han dificultado el desarrollo del programa planteado inicialmente.

Todo ello hace necesaria la continuidad del programa para solventar las dificultades encontradas a lo largo del período evaluado, con el fin de alcanzar los objetivos inicialmente planteados.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1) Captar a todos los pacientes en tratamiento con acenocumarol susceptible de control en sangre capilar en nuestro centro de salud, incluyendo a todos los pacientes captados en el programa informático (TAO).
- 2) Verificar la adherencia al tratamiento de la dosis total semanal (DTS) a través del Test de Morisky- Green- Levine.
- 3) Implicar al paciente en su autocuidado a través de talleres específicos.
- 4) Incrementar la formación de todo el personal sanitario que realiza el seguimiento del paciente anticoagulado a través de sesiones clínicas del centro de salud.
- 5) Disminuir la prescripción de fármacos potencialmente inadecuados (FPI).

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Captación y registro en consultas de Medicina de Familia y de Enfermería de todos los pacientes susceptibles de control capilar en tratamiento con acenocumarol.  
Responsable: Teresa Ortega.
- 2.- Desarrollar 4 sesiones clínicas: a) Presentación del programa al EAP, b) Manejo de

los tests de Adherencia al tratamiento, c) Utilización de bases farmacoterapéuticas on-line, d) Relación de alimentación y tratamiento con acenocumarol.

Responsable: Teresa Pemán.

3.- Consensuar un circuito de derivación - citación del paciente con TAO capilar según las normas técnicas del programa TAO.

Responsable: Agustín Romeo.

4.- Educación sanitaria específica en las consultas de Enfermería en base al protocolo consensuado con el servicio de hematología del Sector II.

Responsable: Rafaela Gómez.

5.- Control de la adherencia al tratamiento a través del test de Valoración que nos ayuden a conocer el cumplimiento terapéutico.

Responsable: Alicia Báguena.

6.- Desarrollar 3 talleres de EPS que permitan implicar al paciente en el control de su tratamiento.

Responsable: Rocío Escriche.

#### 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

Para realizar la evaluación del proyecto tenemos previsto utilizar los siguientes indicadores.

Indicador de proceso y de resultados

1- Captación del paciente TAO- control capilar:

I N° pacientes incluidos en programa informático x100/N° total de pacientes TAO capilar

II periodo de observación: Enero 2009/ Diciembre 2009

III Nivel deseado de cumplimiento: 40%

IV Fuente de datos: programa TAO, programa OMI

V Responsable de obtención de datos: T.Ortega.

VI Primera medición mayo 2009

VII Segunda medición Noviembre 2009

2- Pacientes TAO capilar con test de Adherencia al tratamiento:

I N° pacientes con Test de Adherencia x100/ N° total de pacientes TAO capilar

II periodo de observación: Enero 2009/ Diciembre 2009

III Nivel deseado de cumplimiento: 40%

IV Fuente de datos: programa TAO, programa OMI

V Responsable de obtención de datos: A. Báguena.

VI Primera medición: mayo 2009

VII Segunda medición: Noviembre 2009

3- Indicador de pacientes que asisten a talleres:

I N° pacientes que asisten a talleres x100/ N° total de pacientes con TAO capilar

II periodo de observación: Enero 2009/ Diciembre 2009



10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS	
CAMARA DIGITAL	
TOTAL	1200e

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

SEGURIDAD DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE ANCIANO DE 65 A 75 AÑOS  
POLIMEDICADO

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos  
SARA IGLESIA ARA

Profesión  
MÉDICO DE FAMILIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  
C.S. ALMOZARA

Sector de SALUD:  
Zaragoza II

Correo electrónico:  
siglesia@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
976431533

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Clara Pueyo Salavera	Médico	C.S. Almozara
2 Teresa Pemán Muñoz	Médico	C.S. Almozara
3 Concepción Celaya Lecea	Farmacéutica	Dirección de AP
4 Dolores Pujol Peiró	Enfermera	C.S. Almozara
5 Rocío Escriche Ros	MIR MFYC	C.S. Almozara
6 Alicia Báguena García	MIR MFYC	C.S. Almozara
7 Sara Arquillué Varona	Médico	C.S. Almozara

### 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...

El aumento de la esperanza de vida de nuestra población ha incrementado el número de pacientes que presentan diversidad de patología, siendo muy frecuente que estén polimedicados, de ahí la necesidad de un cuidadoso control en la dosificación y prescripción de fármacos, lo que requiere una continua vigilancia clínica y precisión del trabajo del equipo de salud.

Uno de los principios en la praxis médica es evitar el daño de los pacientes con la intervención sanitaria, "primum non nocere", priorizándose en la actualidad la seguridad clínica en los sistemas de salud.

Ya en el año 2000 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó un informe en el que se estimaban más de 98000 muertes anuales secundarias a errores médicos en hospitales, lo que superaba con creces la mortalidad por accidentes de tráfico o cáncer, que recibían mayor atención. Desde entonces se vienen desarrollando numerosas iniciativas a nivel mundial destinadas a minimizar dichos riesgos.

En nuestro país, desde la Administración Sanitaria, se han promovido diversos

programas de este tipo, como el estudio ENEAS, publicado en 2006, la investigación más ambiciosa hasta la fecha de efectos adversos hospitalarios en nuestro medio, o el estudio APEAS, publicado en 2007, donde se aborda el análisis de la frecuencia y tipo de los efectos adversos en Atención Primaria.

La Atención Primaria, como primer nivel asistencial, juega un papel fundamental en el mantenimiento de la seguridad clínica, ya que muchos de los efectos adversos sufridos por los pacientes podrían evitarse con un control minucioso de las prescripciones farmacológicas.

En la actualidad en nuestro centro se está desarrollando un programa de seguridad del medicamento en el paciente anciano polimedicado mayor de 75 años, en colaboración con la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM), y hemos considerado interesante ampliar esta propuesta a través de este programa de mejora a los pacientes de entre 65 y 75 años de edad.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1) Detectar el número de pacientes de 65 a 75 años polimedificados.
- 2) Conocer la adherencia al tratamiento en estos pacientes.
- 3) Disminuir la medicación potencialmente no adecuada en ancianos (MPI)

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Presentación del programa al EAP.

Responsable: Clara Pueyo.

2.- Extracción del registro de pacientes de 65 a 75 años de OMI, por cada cupo médico participante en el programa.

Responsable: Sara Iglesia.

3.- Revisar cada tratamiento de estos pacientes y cuantificar si toman seis o más fármacos.

Responsable: Rocío Escriche.

4.- En los pacientes polimedificados detectar consumo de fármacos PMI como: Benzodiacepinas de vida media larga, Hipoglucemiantes de vida media larga, y AINEs en tratamientos prolongados > 6 meses

Responsable: Sara Arquillué.

5.- Aplicar el test de Valoración global de la adherencia al tratamiento, test de Morisky-Green- Levin.

Responsable: Alicia Báguena.







## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

TALLERES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROTOCOLO DE ACOGIDA DEL PACIENTE INMIGRANTE

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CLARA PUEYO SALAVERA

Profesión

MÉDICO DE FAMILIA

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

CENTRO DE SALUD ALMOZARA

Sector de SALUD:

Zaragoza II

Correo electrónico:

cpueyos@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976431621-976431533

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Alicia Báguena García	MIR MFYC	C.S. Almozara
2 Pilar Bueno Orera	Médica	C.S. Almozara
3 Rocío Escriche Ros	MIR MFYC	C.S. Almozara
4 M <sup>a</sup> Pilar Martínez Escribano	Pediatra	C.S. Almozara
5 Teresa Pemán Muñoz	Médica	C.S. Almozara
6 Nieves Sobreviela Celma	Enfermera	C.S. Almozara
7 José María Uhalte	Médico	C.S. Almozara

### 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 nuestro Centro de Salud, comparten Atención Sanitaria usuarios de 34 nacionalidades, entre las que destacan por mayor número de pacientes las siguientes:

Rumania .....15 %  
 Ecuador .....11%  
 Marruecos..... 8%  
 Colombia .....6%  
 Guinea Ecuatorial .....2%  
 Senegal .....2%  
 China .....2%

Un porcentaje elevado de estas naciones, presenta tasas de prevalencia, incidencia y mortalidad en determinadas patologías, mas elevadas que en nuestro medio y a la hora de plantear un protocolo de actuación, decidimos priorizar la detección de enfermedades infecciosas que por su diagnostico asequible, la eficacia de su tratamiento y la implicación que tienen en la salud individual y en la salud pública, pudiéramos abordar desde Atención Primaria como son: Tuberculosis, Sífilis, Sida, Hepatitis B y Hepatitis C.

Según datos publicados en el año 2006 por el Gobierno de Aragón, en nuestra Comunidad Autónoma, se observa una disminución de la incidencia de SIDA, TBC, Hepatitis B y C, pero destaca que el 30 % de, los casos nuevos de TBC y el 45.4% de SIDA se producen en población inmigrante, alcanzando al 50%, según los datos de 2008

Dado que existe una mayor prevalencia de ciertas patologías en determinadas áreas geográficas, nuestro protocolo prevé el despistaje de las siguiente enfermedades que mantienen mayor prevalencia que en nuestro medio:

- Ciudadanos procedentes de Europa del Este: Hepatitis VHC (Rumania), TBC (No hay mayor incidencia pero si mayor nº de cepas mulirresistentes),
- Ciudadanos procedentes de Asia: TBC, HCV, HBV y SIDA ( Asia Central)
- Ciudadanos procedentes de Africa subsahariana: SIDA, TBC, HBC y HCV
- Ciudadanos procedentes de Magreb: similar prevalencia a la de nuestro medio
- Ciudadanos procedentes de America Latina: HBV en Ecuador, Colombia, Perú y Brasil, así como mayor prevalencia de VIH en el Caribe.

Por otra parte, la detección de patología prevenible en el 36% de los evaluados, la presencia de embarazos y abortos en menores de edad y sus diferentes condicionamientos socioculturales, nos llevan a plantearnos el desarrollo de talleres de Educación Para la Salud en este colectivo

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

##### **Indicador de evaluación:**

Nº de pacientes evaluados x100/ Nº total de pacientes inmigrantes:  $168 \times 100 / 1644 = 10.21\%$

Estándar 20%

##### **Indicador de incidencia de enfermedad:**

Nº de pacientes con al menos una patología detectada x100/ Nº de inmigrantes evaluados:  $61 \times 100 / 168 = 36.309\%$

Estándar 60%

**Valoración:**

El porcentaje de evaluación ha sido inferior al deseado y han contribuido distintos factores, unos afectan a los pacientes, como la baja frecuentación y la alta movilidad de este colectivo, en varios casos no se han realizado las exploraciones complementarias solicitadas y no han vuelto a acudir a la 2ª cita, y otros dependen del personal sanitario como la presión asistencial y la distorsión de la relación profesional, que dificultan el desarrollo de un protocolo específico de detección de patología en un paciente asintomático.

Por otro lado, la gravedad de determinadas patologías que se han diagnosticado por 1ª vez, como son VIH, LUES o HEPATITIS B nos animan a continuar el próximo año con este protocolo de acogida y a comprometer a todos los compañeros para conseguir evaluar a la mayoría de estos pacientes.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Nuestro objetivo es que esta población participe y se beneficie de todas las actividades preventivas y asistenciales que ofrece el Equipo de Salud de Almozara.

**OBJETIVOS:**

- 1) Aplicar el protocolo de acogida a todos los pacientes inmigrantes
- 2) Detectar patología entre pacientes inmigrantes evaluados
- 3) Desarrollar talleres de educación para la salud (EpS)

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1.- Actualizar el registro de pacientes inmigrantes en cada cupo.

Responsable: Nieves Sobreviela.

2.- Desarrollar el protocolo de acogida en todos los PI que acudan a las consultas de medicina familiar, pediatría y enfermería.

Responsable: Rocío Escriche.

3.- Registrar la patología detectada en los PI.

Responsable: Alicia Báguena.

4.- Analizar y conocer los tejidos de conexión entre PI y nuestra sociedad (como pueden ser colegios, asociaciones de pacientes, centros cívicos...)

Responsable: Clara Pueyo.

5.- Aprovechar los circuitos de conexión para captar e incentivar la asistencia de los PI a los talleres de EpS.

Responsable: Teresa Pemán.

6.- Desarrollar cuatro talleres de EpS.

Responsable: Pilar Bueno.

**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

La duración del programa será inicialmente de un año.

Se efectuará una evaluación de todas las actividades realizadas a los 6 y a los 12 meses del inicio.

Para ello se utilizarán entre otros los siguientes indicadores:

**1. INDICADOR DE EVALUACIÓN DE PACIENTES:**

- I N° PI evaluados x 100 / N° total PI
- II periodo de observación: Enero 2009/ Diciembre 2009
- III Nivel deseado de cumplimiento: 30%
- IV Fuente de datos: protocolo de acogida OMI
- V Responsable de obtención de datos: R. Escriche
- VI Primera medición: mayo 2009
- VII Segunda medición: Noviembre 2009

**2. INDICADOR DE DETECCIÓN DE PATOLOGÍA:**

- I N° PI con patología detectada x 100 / N° total PI evaluados
- II periodo de observación: Enero 2009 / Diciembre 2009
- III Nivel deseado de cumplimiento: 40%
- IV Fuente de datos: historia clinica OMI
- V Responsable de obtención de datos: A. Báguena
- VI Primera medición: mayo 2009
- VII Segunda medición: Noviembre 2009

**3. INDICADOR DE DESARROLLO DE TALLERES:**

- I N° talleres realizados x 100 / N° total talleres previstos
- II periodo de observación: Enero 2009/ Diciembre 2009
- III Nivel deseado de cumplimiento: 100%
- IV Fuente de datos: Cuaderno de evaluación de talleres
- V Responsable de obtención de datos: C. Pueyo
- VI Primera medición: junio 2009
- VII Segunda medición: Diciembre 2009

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: Enero 2009

Fecha de finalización: Diciembre 2009

Calendario:

Actividades 2009	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2010
Actualizar el registro de pacientes inmigrantes en cada cupo.	x												
Desarrollar el protocolo de acogida en todos los PI que acudan a las consultas de medicina familiar, pediatría y enfermería.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Registrar la patología detectada en los PI.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Analizar y conocer los tejidos de conexión entre PI y nuestra sociedad (como pueden ser colegios, asociaciones de pacientes, centros cívicos...)	x	x	x										
Aprovechar los circuitos de conexión para captar e incentivar la asistencia de los PI a los talleres de EpS.				x	x	x	x	x	x	x	x		
Desarrollar cuatro talleres de EpS.				x	x				x		x		

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
ASISTENCIA A CURSOS Y CONGRESOS	1200e
TOTAL	1200e

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p>Continuación del proyecto de mejora en la accesibilidad y comunicación de pacientes inmigrantes con lengua materna no española, mediante la utilización de un cuestionario multilingua sobre su estado de salud. Añadiendo cuestionarios en alemán y ruso para Medicina de Familia y realizando uno nuevo específico para Pediatría en árabe, francés, inglés y rumano. <b>(CES.II)</b></p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos JOSÉ SOLA ANTON</p> <p>Profesión AUX . ADMON.</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) C.S. CANAL IMPERIAL.</p> <p>Sector de SALUD: SECTOR II . ATENCION PRIMARIA. ZARGOZA.</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE ADMISION</p> <p>Correo electrónico: jfsola@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-258191</p>
---

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1DRA. CONCEPCION MOLINS GIMENO	PEDIATRA	C.S. SAN JOSE SUR
2DRA. PILAR OLIVAN OTAL	PEDIATRA	C.S. SAN JOSE SUR
3DRA. MARGARITA VAZQUEZ OLIVARES	PEDIATRA	C.S. SAN JOSE SUR

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></p> <p>Aragón ha experimentado un incremento demográfico de la población inmigrante que junto a la apertura del mercado europeo de trabajo ha influido notablemente en la utilización de los Servicios de Salud. De tal manera que 9 de cada 10 altas nuevas son de extranjeros. Esto ha motivado que muchos profesionales sanitarios, sobre todo facultativos, se enfrenten cada día a situaciones de falta de entendimiento con el cliente/usuario, dificultando la elaboración del diagnóstico. El problema no solo afecta a los pacientes y sus facultativos sino también al resto de personal del sistema de salud pues las dificultades de entendimiento son a todos los niveles, citas, tarjeta sanitaria, pruebas diagnósticas, etc. En las reuniones generales de equipo, todas las categorías laborales que integran los miembros de los equipos de atención primaria consideran la situación como prioritaria a la hora de plantear una oportunidad de mejora.</p> <p>Por ello hemos decidido la realización y mejora de este cuestionario de salud, continuación del anterior para adultos. Pretendiendo mejorar la intercomunicación entre el profesional sanitario y los padres-pacientes, mejorar la atención, y contribuir a su vez, a la integración de este tipo de población.</p>
--



El cuestionario se prioriza en 4 idiomas que incluyen la mayoría de la población inmigrante. Datos recogidos de Ayto. Zaragoza, Gobierno de Aragón, guías y manuales de atención a la población inmigrante.

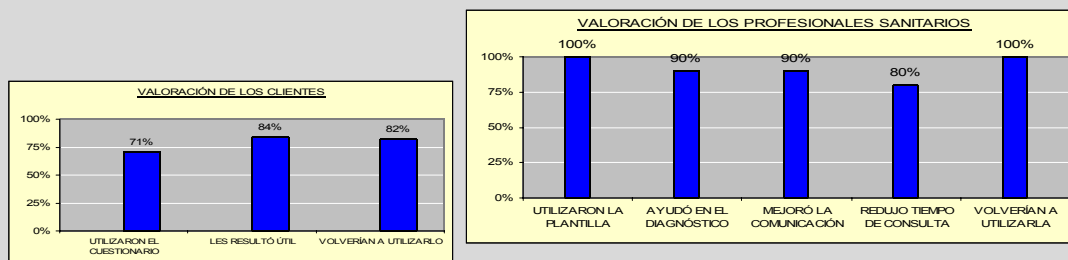
#### 5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO

El proyecto piloto se ha realizado en el Centro de Salud Canal Imperial, que incluye 2 zonas (Venecia y San José Sur). Al no poder publicitarlo ni ofrecerlo a todos los cupos existentes, se dificultó la captación e información por el Servicio de Admisión. Un 28% de los pacientes no cumplimentaron el cuestionario. Esto demostró la importancia de la implicación de los Servicios de Admisión en cualquier proyecto relacionado con la mejora de la comunicación con los usuarios.

Otro condicionante fue el nivel educativo de los inmigrantes, especialmente de la población africana. Para intentar paliar este problema, añadíamos al cuestionario en árabe el cuestionario en francés, facilitando así su comprensión. Esta población agradeció especialmente la intención de acercamiento, aumentando su confianza hacia el sistema sanitario.

En pediatría, aunque el cuestionario también se valoró de manera muy positiva, se demostró la necesidad de modificarlo y adaptarlo a su especificidad.

Como conclusión final, para todos los pacientes y profesionales sanitarios, el cuestionario ha sido un complemento de mejora en la accesibilidad, la confianza y la comunicación entre ellos. Este proyecto y sus resultados fueron presentados en un póster en el Congreso Nacional de Calidad Asistencial de 2008.



#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- 1- Aumento de la satisfacción de los padres-pacientes, ganar su confianza ofertándole una herramienta de ayuda para poderse comunicar mejor.
- 2- Mejorar la intercomunicación entre profesional y padres-paciente, los padres-pacientes se sienten mas seguros al poder explicarse y el profesional al poder entenderlos.
- 3- Mejora de la calidad científico técnica del acto médico al facilitar el diagnóstico del profesional, pudiendo éste apoyarse en las indicaciones que han marcado en el cuestionario.
- 4- Reducir el tiempo de consulta, al ser mas fluido el dialogo y el diagnóstico el tiempo será menor.
- 5- Mejora de la calidad de los procesos de soporte del centro: comunicación de cita, derivaciones etc.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Se propone la realización de un cuestionario de salud en alemán y otro en ruso aumentando la oferta de idiomas disponible para Medicina de Familia (anexo I), pretendiendo mejorar la intercomunicación entre el profesional sanitario y los pacientes,

facilitar la atención, y contribuir a su vez, a la integración de este tipo de población. A su vez se aborda la realización de un cuestionario completamente nuevo y específico para Pediatría en árabe, francés, inglés y rumano.

El cuestionario se prioriza en los 4 idiomas que incluyen la mayoría de la población infantil inmigrante. Datos recogidos de Ayto. Zaragoza, Gobierno de Aragón, guías y manuales de atención a la población inmigrante.

Una vez el paciente se encuentre en la consulta previa petición de cita y si el facultativo lo cree necesario desde su ordenador imprimirá el cuestionario en el idioma conveniente. Los padres-pacientes lo rellenarán y el profesional sanitario superpondrá la plantilla en castellano.( No obstante se reserva el derecho de cada profesional para si lo considera necesario aplazar a los padres-pacientes para que lo rellenen en su domicilio y vuelvan una vez cumplimentado). Los padres-pacientes rellenarán la encuesta de satisfacción (anexo II) que entregará al respectivo profesional sanitario. El facultativo entregará en admisión al finalizar el proyecto piloto su respectiva encuesta (anexo III), valoraciones, modificaciones, problemas surgidos y propuestas de mejora. Se colocaran carteles en la puerta de cada profesional indicando a los pacientes que se dispone de dichos cuestionarios en 4 idiomas para mejorar la atención.

Este cuestionario se divide en 4 partes:

- Datos personales
- Antecedentes
- Situación actual
- Patología causante de la vista: Localización del dolor, etc.

Responsable del proyecto y de su coordinación: José Sola Antón.

## 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 proyecto piloto para evaluar se realizará de medicina de familia con 100 pacientes y para todos los cupos de Medicina de Familia del C.S. San José Sur. Se entregará a 25 pacientes de cada cupo que no hablen castellano o no sepan expresarse correctamente en esta lengua y cuyas lenguas figuren entre las 4 (árabe, inglés, francés y rumano) predeterminadas.

La evaluación del proyecto se realizará cuando hayan pasado los 100 pacientes, se valorará cuantos han cumplimentado el cuestionario.

Se valorará:

A- Encuesta de satisfacción para el usuario:

- Porcentaje de cuestionarios entregados y cumplimentados.
- Utilidad: sí este lo ha considerado útil. (en %)
- Si volvería a utilizarlo. % de intención de volver a utilizar este cuestionario.
- Si considera que se podría hacer alguna modificación y cual considera que sería.(pregunta abierta).
- Nacionalidades de los pacientes.

B- Encuesta de satisfacción para el profesional:

- Si ha utilizado la plantilla. % según número pacientes que hayan presentado el cuestionario.
- Si la ha sido útil para el diagnóstico. (%)
- Si volvería a utilizarlo.
- Si considera posibles mejoras y/o modificaciones.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**  
 Indicar el calendario de las actividades previstas

**Calendario:**  
 El día 1 de marzo esta previsto comenzar con el cuestionario, se entregará a 100 pacientes de los 4 cupos de medicina seleccionados. (aprox. Durante 3 meses Marzo, abril, mayo y junio)  
 Cada día se recogerán todas las encuestas de satisfacción de los usuarios y cuando hayan pasado los 100 pacientes se recogerá la información proporcionada por las encuestas de satisfacción junto con las de los profesionales. Se valoraran las encuestas de satisfacción de usuarios y facultativos, (junio, julio)  
 Se realizará la estadística de los distintos indicadores y se realizarán reuniones con todo el equipo de mejora para ir valorando dichos resultados y resolver las posibles incidencias ocurridas así como valorar las posibles modificaciones tanto del cuestionario como de la plantilla.(septiembre)  
 Si los resultados son adecuados y demuestran la utilidad del cuestionario, se plantearía su extensión a otras unidades y/o centros, con la posibilidad de incluir más idiomas como del chino o el ruso, y la ampliación del proyecto a la entrega de la posología en sus respectivas lenguas.

Nota aclarativa sobre los anexos: Al insertar las plantillas sobre este formato se han modificado algunos márgenes y caracteres que en su formato normal son correctos.

**Anexo II ( ejemplo encuesta de satisfacción en inglés y francés)**

C.E.S- Français  
 Enquête de satisfaction.

Nationalité: ..... Âge: ..... Sexe: .....  
 Niveau d'études: Aucun  Lire et écrire  Primaries  Supérieurs

Avez-vous rempli ce questionnaire? OUI  NON   
 L'avez-vous trouvé utile? OUI  NON   
 Est-ce que vous l'utiliseriez de nouveau? OUI  NON   
 Est-ce que vous ajouteriez ou modifieriez quelque chose? OUI  NON   
 Si votre réponse est affirmative, veuillez préciser plus de détails

.....  
 .....

C.E.S- English  
 Survey of satisfaction

Nationality : ..... Age : ..... Sex : .....  
 Level of studies : None  To read and to write  Primary  Superior

Did you fill in this questionnaire? YES  NO   
 Did you find it useful? YES  NO   
 Would you fill in it again? YES  NO   
 Would you add or change anything? YES  NO

If you said YES to the last question, please, give us more information .....

.....  
 .....

## Anexo III (ejemplo encuesta profesionales )

C.E.S.  
Encuesta de satisfacción

- ¿Ha utilizado la plantilla? SI  NO  casi siempre  casi nunca
- ¿Le ha sido útil para el diagnóstico? SI  NO  casi siempre  casi nunca
- ¿Ha reducido el tiempo de consulta habitual? SI  NO  casi siempre  casi nunca
- ¿Añadiría o modificaría algo? SI  NO

Si su respuesta es afirmativa indíquelo en estas líneas.

---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b> Mejora de la atención a pacientes inmovilizados y/o terminales mediante la instauración de un Registro Clínico Domiciliario (RCD)</p>
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>	
Nombre y apellidos	Fátima Remiro Serrano
Profesión	Médico AP
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)	C.S. Fuentes de Ebro (Cons. Velilla de Ebro)
Sector de SALUD:	Sector II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.	
Correo electrónico:	faremiro@terra.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo:	976 176 496

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Eva Arnal Rubio	DUE pediatría	C.S. Fuentes Ebro
2 José Antonio Castillo Laita	Pediatra	C.S. Fuentes Ebro
3 Araceli Loscertales Martínez	DUE AP	C.S. Fuentes Ebro
4 Rosa Macipe	Pediatra	C.S. Fuentes Ebro/Sástago
5 Isabel Martí Miranda	MAP	C.S. Fuentes Ebro

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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 registro que los distintos profesionales hacen de las intervenciones a domicilio en pacientes inmovilizados y/o terminales es, con frecuencia, inexistente o incompleto.</p> <p>Cuando el profesional sanitario no conoce a la persona que está atendiendo, en ocasiones, es difícil hacerse a la idea de los antecedentes médicos del paciente y del tratamiento que éste tiene pautado.</p>
---

<p><b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b> 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.</p>
--

<p><b>6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo paciente inmovilizado y/o terminal debe tener un RCD donde todos los profesionales de Atención Primaria que intervengan sobre él puedan registrar los datos de la atención prestada.</li> <li>- En todo RCD deben constar un Listado de Problemas de Salud, una Hoja de Control de Fármacos, Hoja de Consultas y copia de Informe de Alta Hospitalaria de los últimos 6 meses, en caso de que exista.</li> </ul>
---

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Homologación del formato y sistema de RCD.....Equipo de Calidad
- Sesión de información a todos los integrantes del EAP.....Fátima Remiro
- Instauración de un fichero de registro de pacientes inmovilizados y/o terminales del C.S. Fuentes de Ebro.....Fátima Remiro
- Puesta en marcha del programa.....EAP
- Evaluación del proyecto a los 3 y 6 meses.....Fátima Remiro
- Elaboración de conclusiones.....Fátima Remiro

**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

A los 3 y 6 meses de la puesta en marcha del proyecto se hará un muestreo aleatorio de los pacientes inmovilizados y/o terminales (PIT) del C.S. Fuentes de Ebro y se valorarán los siguientes indicadores:

- % de PIT con Registro Clínico Domiciliario (RCD)
- % de RCD con Listado de Problemas de Salud bien cumplimentado.
- % de RCD con Hoja de Control de Fármacos bien cumplimentada
- % de RCD con Hoja de Consultas bien cumplimentada
- % de RCD con copia de Informe de Alta Hospitalaria de los últimos 6 meses (si existe)

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Homologación del formato y sistema de registro.....Febrero 2009
- Sesión informativa al resto del EAP.....Febrero 2009
- Creación de fichero de registro de PIT.....Marzo-Abril 2009
- Puesta en marcha del programa.....Mayo-Octubre 2009
- Evaluación a los 3 meses.....Agosto 2009
- Evaluación a los 6 meses.....Noviembre 2009
- Elaboración de conclusiones.....Diciembre 2009

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<i><u>Material/Servicios</u></i>	<i><u>Euros</u></i>
Material de oficina (fichero, fichas, carpetas ...)	600 Euros
TOTAL	600 Euros

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>          PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS GASTROPROTECTORES EN PACIENTES CON CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE) Y FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES</p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>          Nombre y apellido          ASUNCIÓN ARTO SERRANO</p>
<p>Profesión          MÉDICO</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)          CENTRO DE SALUD FUENTES NORTE</p>
<p>Sector de SALUD:          SECTOR 2</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p>
<p>Correo electrónico:          maarto@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:          976290330</p>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MIGUEL ROYO SERRANO	MÉDICO	CS FUENTES NORTE
JOAQUIN BUSQUET MARTINEZ	MEDICO	CS FUENTES NORTE

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>          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 consumo de AINE se asocia a complicaciones del tracto digestivo (hemorragias subepiteliales, erosiones, ulceraciones). Este riesgo está incrementado de 2 a 5 veces más en individuos que los toman en comparación con aquellos que no lo hacen. El riesgo es mayor dependiendo de la dosis, tipo de AINE y de la presencia determinados factores (principalmente la edad, historia previa ulcerosa y tratamiento simultáneo con otros AINE, corticoides o anticoagulantes orales). En estos casos, si la indicación del AINE es correcta, está indicada la terapia gastroprotectora concomitante con fármacos inhibidores de la bomba de protones (IBP).</p> <p>Mediante OMI-PROSA hemos analizado la utilización de terapia gastroprotectora con estos fármacos en la población de riesgo que atiende nuestro centro de Salud. Los resultados preliminares nos indican que en nuestra población un 30% de pacientes mayores de 65 años que consumen habitualmente AINE no reciben gastroprotección. En menores de esa edad con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica hay un 15% de consumidores de AINE a quienes no se prescriben fármacos gastroprotectores.</p>
---



Los datos anteriores, indican una necesidad de mejora en la prescripción de fármacos gastroprotectores en pacientes consumidores de AINE y con factores de riesgo. Con ello se conseguiría aumentar la seguridad de los pacientes, disminuyendo el riesgo de complicaciones gastrointestinales potencialmente graves.

Nuestro proyecto, pretende analizar, a través de OMI-PROSA el empleo de IBP en los pacientes consumidores de antiinflamatorios no esteroideos que presentan factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales, con el fin de instaurar medidas correctoras (reflexión sobre la idoneidad del tratamiento con AINE, prescripción adecuada de gastroprotectores)

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Adecuar la prescripción de IBP en el grupo de pacientes consumidores de AINE según la presencia o no de factores de riesgo para desarrollar complicaciones gastrointestinales.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Presentación a los médicos prescriptores de los resultados del análisis, tanto globales como desglosados por cupos.

Realización de sesiones clínicas de recuerdo sobre el empleo correcto de AINE e indicaciones de la terapia gastroprotectora

#### 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 crearán indicadores de consumo de IBP en los distintos grupos de riesgo.
- Se extraerán los datos a partir de dichos indicadores al comienzo del proyecto.
- Tras la instauración de las medidas correctoras, se volverá a realizar la extracción de datos y se compararán los resultados con los obtenidos al inicio del proyecto.

Dos de los indicadores que se van a utilizar son:

Pacientes con edad  $\geq$  65 años en tratamiento con IBP y AINE

-----

Pacientes con edad  $\geq$  65 años en tratamiento con AINE

Pacientes menores de 65 años con antecedentes de ulcus tratados con AINE e IBP

-----

Pacientes menores de 65 años con antecedentes de ulcus tratados con AINE

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Marzo-abril de 2009: elaboración de los indicadores mediante OMI PROSA

Mayo de 2009: extracción de datos y elaboración de tablas de recogida de los mismos

Junio de 2009:

presentación a los médicos del centro de los resultados y entrega de las tablas  
sesión clínica sobre utilización adecuada de AINE y gastroprotección

Enero de 2010: nueva extracción de datos con OMI PROSA

Febrero de 2010: análisis y evaluación de los resultados, elaboración de tablas de  
recogida de datos.

Marzo de 2010: Presentación de los resultados y conclusiones de la evaluación a los  
médicos, con entrega de las tablas con los datos

Abril de 2010: Elaboración de la memoria del Proyecto

Anexo

Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
1 Ordenador portátil	750 euros
Instalación en el techo de uno de los cañones de vídeo de que disponemos en el centro de salud	200 euros
TOTAL	9504 euros

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA EN LA CUMPLIMENTACION DEL SERVICIO DE PREVENCION DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES A TRAVÉS DE PLANES PERSONALES EN REGISTRO OMI

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos  
ANA SARSA GOMEZ

Profesión  
MEDICO FAMILIA

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  
C.S.LAS FUENTES NORTE ZARAGOZA

Sector de SALUD:  
AREA II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:  
amsarsa@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
976290330

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 AURELIO MARTIN RUIZ	MEDICO	C.S. FUENTES NORTE
2 CARMEN MARTES LOPEZ	ENFERMERA	C.S.FUENTES NORTE
3 SAGRARIO DAUDEN BURRIEL	ENFERMERA	CS FUENTES NORTE
4 AMPARO FORES CATALA	ENFERMERA	CS FUENTES NORTE
5 ISABEL MONEO HERNANDEZ	PEDIATRA	CS FUENTES NORTE
6 CRISTINA JORDAN PRIETO	CELADORA	CS FUENTES NORTE
7 ELISA LAMBAN CASAMAYOR	ENFERMERA	CS FUENTES NORTE

### 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 enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en la población española, tienen elevada incidencia, son fuente de discapacidades y gran repercusión en los costes de la asistencia.

Como línea de mejora se eligió la captación y cumplimentación del protocolo de prevención de enfermedades cardiovasculares, que llevará consigo una mejora de la calidad asistencial.

Como sistema de priorización se utilizó el método de comparación por pares y el diagrama de Ishikawa.

Situación de partida: estudio muestral desde registro informático OMI de la situación inicial de los pacientes, para detectar fallos en la cumplimentación

Posibles causas: desconocimiento de clientes externos del Servicio de prevención de e. cardiovasculares, no captación oportunista del paciente, diferencias en cumplimentación del servicio,....

## 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

### ACTIVIDADES REALIZADAS

1. Evaluación preliminar con estudio de parámetros a evaluar y obtención mediante omi –pro de los datos existentes hasta la fecha.
2. Análisis y discusión de los datos. Valoración de que parámetros hemos de vigilar
3. Difusión al EAP del proyecto y resultados obtenidos previos, explicación de las actividades que desde el grupo de trabajo se van a realizar. Unificación de criterios y manejo de Planes Personales dentro de OMI.
4. Captación oportunista desde consulta médica y de enfermería
5. Cumplimentación del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares al realizar el servicio de atención al niño sano de 14 años
6. Ofrecer información del servicio a la población infantil de 14 años que pasa a adultos.
7. Elaboración de material educativo , triptico explicativo para entregar a los pacientes y poster que ha sido colocado en una zona visible del centro para información de los usuarios
8. Evaluación tras varios meses de puesta en marcha mediante omi –prosa y comparación con los previos.

### ASPECTOS PENDIENTES

1. Reforzar la captación de usuarios desde admisión
2. Difundir los resultados al EAP y potenciar la captación oportunista
3. Potenciar la difusión del servicio a la población de forma directa (consultas y admisión) e indirecta ( folleto)
4. Educación sanitaria sobre prevención de enfermedades cardiovasculares

### RECURSOS

Sistema informático, OMI-prosa, carteles, folletos,

## INDICADORES

1. Se valoran los siguientes parámetros por aportar una información más detallada del proceso: TABLA (indica mejoría en líneas generales)
2. Indicadores fijados en el proyecto inicial.....

## 1.1 TABLA

BÚSQUEDA	Numerador	Denominador	Resultado
Antecedentes familiares de ECV (una vez)	3014	15031	20.05%
Antecedentes personales de ECV (una vez)	3650	15031	24.28%
Antecedentes familiares de Hiperlipidemia (una vez)	3062	15031	20.37%
Interrogación sobre consumo de alcohol (cada 2 años)	3347	15031	22.27%
Bebedores con cuantificación del consumo alcohol (cada 2 años)	798	857	93.11%
Interrogación sobre consumo de tabaco (cada 2 años)	3531	15030	23.49%
Fumadores con cuantificación del consumo de tabaco (cada 2 años)	1274	1419	89.78%
IMC realizado en 14-55 años (cada 5 años)	4888	15031	32.52%
Glucemia 41-55 años con/sin FRCV (una vez)	2066	4873	43.19%
Glucemia 14-40 con IMC>25 (una vez)	544	898	60.57%
Perímetro abdominal 14-55 (cada 5 años)	449	15031	2.99%
Cálculo RCV mujeres 30-54 con FRCV (cada 5 años)	236	1168	20.21%
Cálculo RCV mujeres 55 con/sin FRCV (cada 5 años)	27	148	18.24%
Cálculo RCV varones 30-44 con FRCV (cada 5 años)	109	534	20.41%
Cálculo RCV varones 45-55 con/sin FRCV (cada 5 años)	164	1632	10.05%
Tensión arterial tomada en 14-40 años (cada 5 años)	2856	9781	29.20%
Tensión arterial tomada en 41-55 (cada 2 años)	1540	4783	32.20%
Perfil lipídico en mujeres de 45-55 con/sin FRCV (cada 5 años)	632	1576	40.10%
Perfil lipídico en hombres de 35-55 con/sin FRCV (cada 5 años)	950	3876	24.51%

## 1.2 TABLA Segundo corte (febrero 2009)

BÚSQUEDA	Numerador	Denominador	Resultado
Antecedentes familiares de ECV (una vez)	3405	15261	22.31%
Antecedentes personales de ECV (una vez)	4262	15261	27.93%
Antecedentes familiares de Hiperlipidemia (una vez)	3451	15261	22.61%
Interrogación sobre consumo de alcohol (cada 2 años)	3815	15261	25.00%
Bebedores con cuantificación del consumo alcohol (cada 2 años)	1020	1022	99.80%
Interrogación sobre consumo de tabaco (cada 2 años)	3992	15261	26.16%
Fumadores con cuantificación del consumo de tabaco (cada 2 años)	1410	1580	89.24%
IMC realizado en 14-55 años (cada 5 años)	5405	15261	35.42%
Glucemia 41-55 años con/sin FRCV (una vez)	2308	4943	46.69%
Glucemia 14-40 con IMC>25 (una vez)	735	1195	61.50%
Perímetro abdominal 14-55 (cada 5 años)	552	15261	3.62%
Cálculo RCV mujeres 30-54 con FRCV (cada 5 años)	342	1371	24.95%
Cálculo RCV mujeres 55 con/sin FRCV (cada 5 años)	29	148	19.59%
Cálculo RCV varones 30-44 con FRCV (cada 5 años)	141	626	22.52%
Cálculo RCV varones 45-55 con/sin FRCV (cada 5 años)	216	1698	12.72%
Tensión arterial tomada en 14-40 años (cada 5 años)	3214	9897	32.47%
Tensión arterial tomada en 41-55 (cada 2 años)	1561	4943	31.58%
Perfil lipídico en mujeres de 45-55 con/sin FRCV (cada 5 años)	712	1612	44.17%
Perfil lipídico en hombres de 35-55 con/sin FRCV (cada 5 años)	1127	3989	28.25%

## 2. Indicadores fijados en el proyecto inicial

<b>Pacientes de 14 años con los Planes Personales completos</b>	26.47 %
<b>Pacientes de 18-55 años con los antecedentes familiares y personales de enfermedad CV completos</b>	22.89 %
<b>Pacientes de 18-55 años con resto de Planes Personales completos (TA, peso, IMC, hábitos tóxicos)</b>	1

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Evaluación de la cumplimentación de los planes personales en prevención de enfermedades cardiovasculares en registro OMI
- Aumentar la captación y cumplimentación del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares, a través de planes personales
- Conocimiento del servicio por la población
- Educación sanitaria a la población sobre prevención de enfermedades cardiovasculares

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Difusión a todo el equipo de los resultados obtenidos en la segunda evaluación (febrero ) ,comparación con evaluación inicial y propuesta de continuación de proyecto . Ana Sarsa y Sagrario Daudén.
2. Sesiones para unificar criterios y manejo de Planes Personales dentro de OMI. Ana Sarsa, Maribel Moneo y Sagrario Daudén.
3. Captación oportunista desde consulta médica y de enfermería. Carmen Martes.
4. Cumplimentación del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares al realizar el servicio de atención al niño sano de 14 años. Elisa Lambán y Isabel Moneo.
5. Cumplimentación del servicio de prevención de enfermedades cardiovasculares en el adulto. Aurelio Martín.
6. Información desde servicio de Admisión a clientes externos nuevos de la existencia del Servicio de Prevención de E. cardiovasculares para su captacion. Cristina Jordán.
7. Ofrecer información del servicio a la población infantil de 14 años que pasa a adultos. Amparo Forés
8. Información a clientes externos que acudan al centro de salud, a través de Carteles informativos y folletos educativos. 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. Nº de usuarios entre 18-55 años con planes personales cumplimentados de prevención de enfermedades cardiovasculares / total de usuarios entre 18-55 años
2. Nº usuarios de 14 años que pasan a adultos con planes personales cumplimentados de prevención cardiovascular / total de usuarios de 14 años



	Enero febrero	Marzo Abril 2009	Mayo Junio 2009	Julio Novi 2009	Diciembre 2009	
Evaluación						
Análisis y discusión						
Difusión y sesiones al equipo						
Cumplimentación del servicio						
Captación oportunista						
Información desde admisión						
E.P.S en C. Salud						
Evaluación final						

## 10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>MATERIAL PARA ACTIVIDADES EDUCATIVAS ( poster, tripticos...)</u>	200
<u>VIDEOCAMARA</u>	<u>400</u>
TOTAL	600

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE ANTICOAGULADO EN AP

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos ANA C HERNÁNDEZ MORENO

Profesión MEDICO DE FAMILIA(MF)

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) CENTRO DE SALUD S JOSE NORTE

Sector de SALUD: SECTOR II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico: achernandezm@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:976591194

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 FELICIDAD BUJEDO RODRIGUEZ	Trabajadora social	CS S JOSE NORTE/CENTRO
2 PILAR GRATAL PAMPLONA	enfermera	CS S JOSE CENTRO
3 CARLOS ISANTA POMAR	MF	CS S JOSE CENTRO
4 PILAR MELON JUNCOSA	MF	CS S JOSE CENTRO
5 ANTONIA ORTEGA BALLANO	enfermera	CS S JOSE NORTE
6 YOLANDA SÁNCHEZ TORRES	MF	CS S JOSE CENTRO
7 PILAR TIHISTA	AUXILIAR	CS S JOSE CENTRO

### 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 indicación de tratar a los pacientes con anticoagulantes orales es elevada y creciente. Se estima que el 1.3 % de la población se encuentra en tratamiento y que el número de pacientes anticoagulados crece en un 10% anual. El rango terapéutico estrecho, hace que estos pacientes deban ser controlados de manera frecuente mediante la determinación en sangre de los niveles, a fin de evitar las complicaciones más frecuentes del uso de estos medicamentos: trombosis o hemorragias. Controlar a estos pacientes en AP mediante determinación en sangre capilar en lugar de realizar extracción en sangre venosa mediante venopunción, bajo control del servicio de hematología, supone una ventaja para el paciente y una mejora en la gestión de recursos del CS.

En nuestro centro hace 4 años que el programa de atención al paciente anticoagulado se puso en marcha, sin embargo éste se realiza de forma desigual en las diferentes consultas y no por todos los profesionales. Se realizan numerosas extracciones de sangre en el CS y en domicilios para el control de anticoagulantes lo que origina demora en la extracción de sangre para el resto de analíticas.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Aumentar la accesibilidad al programa de mayor número de pacientes, que ahora son controlados por hematología, tanto en consulta como en domicilio.

Cuantificar los pacientes que se encuentran en el rango de INR previsto

Disminuir el número de pacientes que son tratados con fármacos que no son de primera elección en los pacientes en tratamiento con sintrom

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Solicitud de aparatos para la organización de su empleo en CS y en domicilios

Formación de los profesionales

Buscar línea eficiente de comunicación con hematología para consulta de dudas.

**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 identificarán todos los pacientes que están incluidos en tratamiento con Sintrom, tanto por el hospital de referencia como en las consultas de AP.

Se realizará un registro de los mismos que incluya nombre y apellido del paciente, médico de cabecera del mismo, rango de INR objetivo y valor INR en el último control. Consumo de IBP por el paciente, en el caso de que lo haya necesitado.

Los indicadores utilizados serán:

1.- Porcentaje de consultas (médico + enfermera) del centro que tienen algún paciente incluido en control de sintrom en su consulta. **nº de consultas/total de consultas**

2.- Porcentaje de pacientes con INR entro de rango en el último control  
**Total de pacientes con INR en rango/ total de pacientes en control**

3.- Porcentaje de pacientes con Pantoprazol  
**Pacientes en tt con pantoprazol/total pacientes en tt con IBP**

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Aparatos de medición coaguchek	
TOTAL	

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u>  <b>ENTREGA DE CONTENEDORES PARA LA RECOGIDA DE AGUJAS USADAS EN DOMICILIO Y MATERIAL A DIABÉTICOS.</b></p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u>  Nombre y apellidos  Natividad Castro</p>
<p>Profesión  Médico de Familia</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  Centro de salud San Pablo</p>
<p>Sector de SALUD:  Sector II</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p>
<p>Correo electrónico:  <a href="mailto:ncastrop@salud.aragon.es">ncastrop@salud.aragon.es</a></p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:  976469106</p>

<u>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</u>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Elena Arrillaga	DUE	San Pablo
2 Carmen Causape	DUE	San Pablo
3 Laura López	AX. CLI.	San Pablo
4 Carmen Arcos	AX. CLI.	San Pablo

<p><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> <p>1.-El manejo de agujas y material punzante por parte de los diabéticos, puede crear problemas de seguridad en el paciente, por ello pretendemos proporcionarles un sistema seguro de eliminación del material punzante.  El material biocontaminado se desecha en cualquier parte, creando riesgo de punción accidental dentro y fuera del hogar, así mismo la eliminación incorrecta ocasiona una contaminación del medio ambiente.</p> <p>2.-Revisar la entrega de material a pacientes diabéticos, existe una ficha de registro donde se registra el material que precisa el paciente mensualmente, depuraremos el archivo de pacientes diabéticos a los que se les entrega material, ya que hace tiempo que no se actualiza, la entrega de tiras reactivas queda registrada en OMI-AP.</p> <p>3.-Se valorará la posibilidad de unificar la entrega de material, actualmente las tiras reactivas se entregan en consulta de enfermería y la entrega de agujas la realizan las auxiliares de clínica, lo que puede ocasionar la necesidad de que el paciente tenga que</p>
--

acudir en momentos diferentes a recoger el material que precisa.

4.-Una vez valorada la situación y establecido el circuito se implantará la entrega de contenedores para la recogida de agujas y material punzante en domicilio.

Vamos a elaborar una hoja informativa donde se describa el uso correcto de los contenedores, intentando que se optimice su uso por parte de los pacientes, así como para evitar riesgos por un uso incorrecto de los mismos.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1- Recogida y eliminación adecuada del material biocontaminado, mejorando la seguridad de los usuarios y lancetas.
- 2- Proporcionar atención personalizada y cuidados seguros a los pacientes diabéticos.
- 3- Mejorar la accesibilidad y optimizar el uso de material.
- 4- Proteger el medio ambiente.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1- Revisar y depurar los ficheros de los pacientes a los que se entrega material, (responsable auxiliares de enfermería).
- 2- Valorar la situación en reunión de enfermería, estudiar las posibilidades de mejora del sistema actual, (responsable DUE Carmen Causape y Elena Arrillaga).
- 3- Elaboración de hoja informativa para los pacientes sobre uso adecuado de los contenedores, (Responsable Natividad Castro).
- 4- Sesión informativa a los integrantes del equipo una vez establecido el circuito, (responsable Natividad Castro).

#### **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 objetivo es iniciar la entrega en Abril de 2009, se realizará la evaluación a los 6 meses de la implantación, mediante un corte transversal.

Indicadores:

Número de contenedores recogidos en un mes / N<sup>o</sup> de pacientes diabéticos a los que se les ha entregado agujas. Objetivo 75%.



10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>1 Holter de presión arterial PVP 1637</u>	<u>1637</u>
<u>5 Pulsioxímetro portátil PVP 125</u>	<u>625</u>
<u>10 tensiómetro digital PVP 79</u>	<u>790</u>
<b>TOTAL</b>	<b>3052</b>



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Proyecto de mejora de calidad en la Asistencia a la Urgencia Vital en el Centro de Salud Torreramona
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos Gloria Soria Cabeza
Profesión Pediatra
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) Centro de Salud Torreramona
Sector de SALUD: II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: gsoria@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976591337

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Luis Otegui Ilarduya	Médico de Familia	C de Salud Torreramona
2 Dolores Soria Ruiz	Pediatra	C de Salud Torreramona
3 Blanca Álvarez Ruiz	Enfermera	C de Salud Torreramona
4 Dolores Álvarez Dorronsoro	Enfermera	C de Salud Torreramona
5 Javier Rubio Galán	Médico de Familia	C de Salud Torreramona
6 Natividad González Viejo	Médico de Familia	C de Salud Torreramona
7 Juan Antonio Anadón Moreno		

**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...

**FASES DE DESARROLLO DE LA LÍNEA DE MEJORA:**

1. Detección de situaciones mejorables mediante la técnica de Braimstorming (Anexo I)
2. Elaboración de un listado de problemas agrupados (Anexo II)
3. Priorización mediante una Parrilla de Análisis (Anexo III), resultando el 1er problema que **NO HAY PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LA URGENCIA VITAL EN EL CENTRO DE SALUD TORRERAMONA.**
4. El análisis de la línea de Mejora se realiza mediante el Diagrama de Ishikawa causa –efecto (Anexo IV)
5. Tras el Análisis por Etapas, se definen las Actividades (Anexo V)
6. Elaboración del Programa de Mejora: Objetivos, Actividades, Indicadores, Responsable y Calendario

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Objetivo General: Mejorar el grado de atención a la urgencia en el Centro de Salud

1. Disponer de un Protocolo de atención a la Urgencia
2. Mantener el maletín de urgencias actualizado
3. Disponer de organigrama de responsables de atención a la urgencia en todo momento en el C de Salud.
4. Que los profesionales del C de Salud estén entrenados en el manejo de la atención a la Urgencia
5. Disminuir el número de incidencias derivadas del Organigrama y del material de atención a la urgencia.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Elaborar un Protocolo de Atención a la Urgencia Vital en el Centro de Salud, a cargo de un grupo de trabajo en el que haya al menos un profesional de cada estamento: un Médico de familia, una Enfermera, un Administrativo y un Pediatra + Residentes de Familia
- Elaborar un Organigrama actualizado de los profesionales, responsable el Coordinador Luis OTegui
- Información al Equipo, Gloria Soria Y Luis Otegui
- Sesiones Clínicas de todos los profesionales del CS, sobre la Atención a la Urgencia Vital, organizadas por Amor Melguizo, responsable de Docencia
- Realización de Talleres de Entrenamiento y simulacro de Atención a la urgencia, organizados por el Grupo de trabajo.
- Revisión del Maletín de Urgencias, responsable M<sup>a</sup> Jesús Palacios, Auxiliar de Clínica

### 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 E INDICADORES A CONSEGUIR DURANTE 2009:

Objetivos:	Indicadores:	Resultado	
		Índice actual*	Objetivo 2009
1. Que en el mes de Julio esté realizado el protocolo de atención a la Urgencia. Constitución de un Grupo de Trabajo elaborador del protocolo y solicitud de información a dicho grupo.	Existencia de un Protocolo de atención la Urgencia en cada Ordenador y en papel distribuido a todos los Profesionales del C de Salud	ND	SI
2. Mantener el maletín de urgencias actualizado. Número de revisiones del Maletín de Urgencias propuestas: 1 semanal. Registro en hoja presente en el maletín.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de revisiones realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de revisiones propuestas}}$	ND	1 semanal
3. El último día del mes de Febrero de 2009 estará realizado el organigrama.	Existencia de Organigrama visible en Admisión y sala de Reuniones, y disponible en un fichero de urgencias de cada ordenador	NO	SI
4. Registro de incidencias: N° de incidencias recogidas por grupos: derivadas del Organigrama, de los profesionales, del material, etc.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de incidencias}}{\text{N}^\circ \text{ total de urgencias atendidas}}$ Cada 3 meses hacer una valoración de las incidencias	ND	<20%
5. Mejorar la formación de los profesionales en la atención a la Urgencia mediante asistencia a Sesiones clínicas y Talleres en el Centro de Salud.	-número de sesiones clínicas destinadas a todos los profesionales del centro de Salud realizadas/n° de sesiones previstas  -n° de profesionales que acuden a las sesiones/n° de profesionales del CS	ND	80%  50% de cada estamento
Encuesta de satisfacción a los profesionales al finalizar el año			

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS									
Indicar el calendario de las actividades previstas									
Actividades 2009	E	F	M	A	M	J	JI	A	S
Elaborar Organigrama		x							
Elaborar Protocolo: Recoger bibliografía e información Elaborar pautas propias			X	x	x	x			
Información al Equipo		x				x			
Revisión maletín de Urgencias		x	x	x	x	x	x	x	x
Entrenamientos y Simulacros					x				
Talleres de asistencia a la Urgencia		x	x	x	x	x	x	x	x

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
1 Ordenador portátil para <u>sesiones clínicas</u> (Toshiba 1 ME 15,4", 4 GB de RAM y 350 GB de memoria, con puerto firewire para videocámara)	709 € (Precio de FNAC)
1 Videocámara para <u>sesiones clínicas</u> (Panasonic SDR=H20 con disco duro de 40 GB)	299€, ( Precio de Fnac)
Programa para edición de vídeo Pinnacle Studio Plus versión 12	99 € ( Fnac)
Cartera ordenador	40€
Trípode para la videocámara	40€
Funda videocámara	10€
TOTAL	1197 €

## ANEXO I

### **Detección de Situaciones mejorables** mediante la Técnica de Brainstorming:

- Asistencia a la Urgencia Vital:  
Maletín urgencias, carro de emergencias no controlado, no hay Protocolo, Organigrama de responsabilidades, mala calidad percibida del método de atención, falta de cualificación del personal administrativo, métodos de contratación de administrativos, elección del jefe de Admisión.
- Funcionamiento del Servicio de Admisión: cita telefónica, gestión de urgencias, elevada rotación, funciones poco claras de los profesionales, toma de decisiones sin criterios claros,
- Atención a la Urgencia: citación como urgente de cualquier tipo de demanda, no está definido qué es una urgencia, ni como se actúa ante ella, organigramas de los profesionales no conocidos,
- Demoras en la asistencia, bloqueos de agendas, problemas de localización de los profesionales

## ANEXO II

### **LISTADO de Problemas agrupados por temas:**

1. No hay protocolo de Atención a la Urgencia vital en el CS
2. Problemas de Citación
3. Profesionales de Admisión: rotación, cualificación, elección jefe, contratación
4. Desconocimiento de los organigramas de los profesionales
5. Demoras en la asistencia y bloqueo de Agendas.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

### ANEXO III

#### Priorización de problemas

	Afecta muchos pacientes	Supone un riesgo grave	Dependencia interna de la solución	Es una solución barata	Puntuación	Clasificación
1. No hay Protocolo de Asistencia a la Urgencia Vital	+++	++++	++++/ +++++	++++	15,5	1º
2. Problemas de Citación	+++++	++	++/+++	++++	13,5	2º
3. Problemas de los profesionales de Admisión	+++++	++	++	+++	12	4º
4. Desconocimiento de los organigramas de los profesionales	++	+	+++++	+++++	13	3º
5. Demoras de asistencia y bloqueo de agendas	+++/ ++++	++	++	+	8,5	5º

#### ANEXO IV: Diagrama de Ishikawa de relación Causa Efecto

En página siguiente

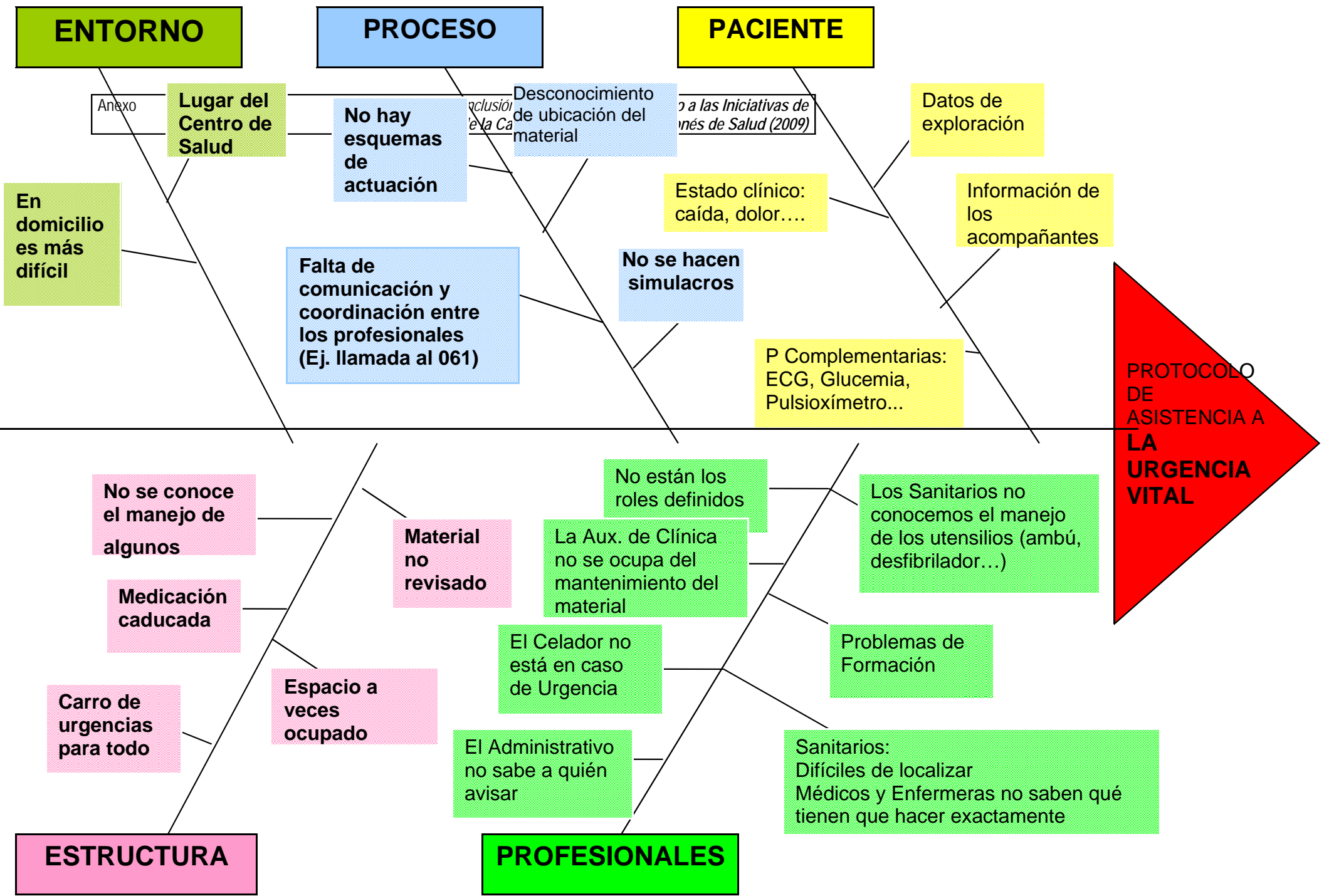


Diagrama de Ishikawa de relación Causa Efecto

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Mejora del procedimiento de petición de medicamentos para la provisión de botiquines de los equipos de Atención Primaria.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> Concepción Celaya Lecea

Profesión

Farmacéutica Atención Primaria

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

Servicio de Farmacia de Atención Primaria Sector Zaragoza II

Sector de SALUD: Sector Zaragoza II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico :mccelaya@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976769536

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 M <sup>a</sup> Ángeles Roca Vela	Farmacéutica	Servicio de Farmacia de Atención Primaria Sector Zaragoza II
2 Isabel Gonzalvo Altabas	Enfermera	EAP Seminario
3 Alicia Teruel Maicas	Enfermera	EAP Sastago
4 Silvia Suñer Abadia	Enfermera	EAP Azuara
5 Lourdes Garcia Rubio	Enfermera	EAP Parque Roma
6 Carmen Arregui Alegre	Enfermera	EAP Fernando el Católico
7 Eva Tobajas Señor	Enfermera	Dirección Atención Primaria Sector Zaragoza II

### 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 los botiquines de los Centros de Salud del Sector Zaragoza II están incluidos aquellos medicamentos, necesarios para la adecuada atención de los servicios, siguiendo criterios de uso racional del medicamento. Son proporcionados por el Servicio de Farmacia del Hospital Miguel Servet.

Los pedidos son de periodicidad mensual, y para ello la persona responsable, cumplimenta a mano el “**Listados de Petición de Medicamentos incluidos en los botiquines**”, y lo envía por Fax al servicio de Farmacia del Hospital Miguel Servet. Existen distintos tipos en función de la unidad peticionaria: Equipos de Atención Primaria (Urbanos y Rurales), Unidades de Salud Bucodental, Unidades de Atención a la Mujer, Unidades de Fisioterapia, Unidades de Salud Mental, Residencias y Puntos de Atención Continuada. En los listados solo se encuentran aquellos medicamentos, que han sido aprobados por la Comisión de Uso Racional del Medicamento.

Si se precisa disponer de forma habitual un medicamento que no esté incluido en los listados de petición, se deberá solicitar su inclusión a la Comisión de Uso Racional del Medicamento, mediante el impreso correspondiente debidamente cumplimentado a mano y que justifique su necesidad, remitiéndose el mismo (vía fax o correo interno), al Servicio de Farmacia de Atención Primaria de Sector Zaragoza II que lo presentará en la comisión.

Cuando se precisa la utilización de un medicamento que no está incluido en los listados de



petición, para un paciente concreto a petición del facultativo, se ha de enviar la petición junto a un informe médico al Servicio de Farmacia de Atención Primaria para su autorización. Tras su autorización deberá comunicarlo al Servicio de Farmacia del hospital Miguel Server para su adquisición.

La experiencia ha demostrado que se trata de un proceso lento, que suscita errores y que existe una falta de conocimiento de las incidencias y del estado de la petición. El motivo de este proyecto es mejorar esta situación, a través de unos objetivos que se detallan en el apartado 6.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

En general, se pretende mejorar y agilizar el canal de petición de medicamentos de los Centro de Salud y establecer una vía de notificación de incidencias, y así aumentar la eficiencia del servicio, que redundará en una atención de calidad al paciente. Los objetivos son:

1. Mejorar el canal de petición :
    - 1.1. De medicamentos incluidos en los botiquines
    - 1.2. De inclusión de nuevos medicamentos en los botiquines
    - 1.3. De medicamentos no incluidos en los botiquines y solicitada su adquisición por parte del médico , con carácter excepcional, para un paciente en concreto
- Todo ello, implantando un nuevo sistema para realizar estas peticiones, a través de la INTRANET del Sector que agilice los Procesos
2. Establecer una vía de comunicación para la notificación de las incidencias de los pedidos de medicamentos

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las actividades a realizar por el equipo son:

1. Reunión del equipo de trabajo y reparto de actividades
2. Establecer los circuitos de petición y notificación de incidencias
3. Diseñar los modelos de petición
4. Elaboración de Protocolos
5. Incorporación de los modelos en la Intranet del Sector
6. Difusión entre los profesionales
7. Puesta en funcionamiento

#### **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 peticiones vía INTRANET / Nº de Peticiones totales.
2. Nº de peticiones recibidas vía INTRANET de Medicamentos incluidos en los botiquines/ Nº de Peticiones de Medicamentos incluidos en los botiquines totales.
3. Nº de Peticiones de medicamentos para un paciente en concreto recibidas vía INTRANET/ Nº de Peticiones totales recibidas de medicamentos para un



<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Un triturador de papel	100
Un proyector de tamaño reducido	600
Un ordenador portátil	500
<b>TOTAL</b>	1200

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

FORMACIÓN E IMPLANTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SALUD DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

EVA TOBAJAS SEÑOR

Profesión

ENFERMERA

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

RESPONSABLE DE EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. SECTOR ZARAGOZA 2.

Sector de SALUD:

SECTOR ZARAGOZA 2

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

etobajas@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 95 30

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ANA MENDOZA ESCUER	ENFERMERA	C. S. GRAÑEN. HUESCA
2 ANA GARCÍA LÓPEZ	ENFERMERA	C. S. ANDORRA. ALCAÑIZ
3 PILAR MARIN MURILLO	ENFERMERA	C. S. SADABA. ZARAGOZA - 3
4 ELENA ARRIETA HIGUERAS	ENFERMERA	C. S. SAN JOSE SUR ZARAGOZA - 2
5 MANUEL LOPEZ MARTIN	ENFERMERA	ENFERMERO ENLACE SECTOR TERUEL
6 ISABEL ALFONSO CORTES	ENFERMERA	ENFERMERO ENLACE SECTOR 1 ZARAGOZA
7 MERCEDES GALLEL URGEL	ENFERMERA	C. S. ILLUECA - CALATAYUD
8. GORETTI LORDAN IBARZ	ENFERMERA	C. S. MONZON. BARBASTRO
9. TINA VIÑUALES SOTO	ENFERMERA	RESPONSABLE FORMACION OMI

### 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...

Disponer de una estrategia de formación con un contenido común definido por el SALUD, para impartirlo en todos los Sectores Sanitarios de Aragón, utilizando el Modelo conceptual de Virginia Henderson (Modelo adoptado por el SALUD para la CCAA en 2004) y utilizando la taxonomía NANDA/NIC/NOC (el lenguaje internacional de cuidados).

Esta formación pretende mejorar la calidad de los cuidados enfermeros en la CCAA porque aporta a enfermería los conocimientos, desde un marco teórico-práctico

para gestionar el acto de "cuidar":

- En la toma de decisiones: siguiendo un razonamiento crítico ,y,
- En la asistencia aplicando cuidados de forma ordenada y científica.

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El desarrollo de la estrategia debería alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivo general:

1. Implantar la metodología enfermera y el registro informático en Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- 2.
3. Fomentar el desarrollo de Planes de cuidados bajo el Modelo de Virginia Henderson y la taxonomía de la NANDA/NIC/NOC.

Objetivos específicos:

1. Utilizar un lenguaje común.
2. Facilitar una adecuada evaluación de cuidados.
3. Fomentar la investigación enfermera.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. El contenido, el programa y la metodología fueron diseñados y elaborados por los miembros de la Comisión de Cuidados del SALUD, apoyados por las Direcciones de Enfermería de todos los sectores y liderados por el director de enfermería del Salud.

El desarrollo informático del programa llevado a cabo por la enfermera, Tina Viñuales.

Contenido de la guía:

- Justificación,
- Marco conceptual,
- Proceso enfermero,
- Desarrollo de Planes de Cuidados,
- Registro informatizado en OMI-AP, y,
- Anexo con casos prácticos.

2. Actividades:

- Elaboración de una guía metodológica sobre el trabajo enfermero.
- Formación de formadores: mediante realización de un taller teórico-práctico acreditado (20 horas) donde se formará a 2-3 enfermeras por Sector, que serán los encargados de impartir esta formación en su Sector.

**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

- Nº de Enfermeras/os que han recibido la formación.
- Grado de satisfacción de los participantes en la formación (mediante cuestionario de satisfacción)
- Grado de conocimientos adquiridos con la formación (mediante cuestionario previo y posterior a recibir la formación.
- % de pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos, EPOC, crónico dependientes, terminales, y mayores de 75 años) que tienen planes de cuidados NANDA/NIC/NOC.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Elaboración del contenido del proyecto: Enero y Febrero de 2009.
- Taller a formadores: Marzo 2009.
- Evaluación inicial de planes de cuidados NANDA/NIC/NOC en pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos, EPOC, crónico dependientes, terminales, y mayores de 75 años): marzo/abril (previa a la formación de los enfermeros)
- Talleres de formación a enfermeras/os en cada Sector: de abril 2009 a diciembre 2011.
- Evaluación intermedia del Proyecto: último trimestre del año 2009 y 2010
- Evaluación final del Proyecto: Diciembre 2011.

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador Portátil	2000
Cañón	1000
Formación de Metodología del Proceso Enfermero a nivel superior para los miembros de la Comisión de Cuidados.	2000
Libros de Metodología Enfermera	1000
<b>TOTAL</b>	<b>6.000 euros</b>

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Detección de circuitos y procedimientos internos a mejorar y elaboración de Manual de Uso Interno del Centro.
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos Asunción Aparicio Claveria
Profesión DUE
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Sº Atención al Paciente. C.M.E. Ramón y Cajal. H.U.M.S.
Sector de SALUD: Zaragoza II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: aaparicio@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 44 6 958

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Grupo de Mejora de la Calidad del CME Ramon y Cajal		
Mercedes Vallespin Meseguer		
Pilar Sancho Alfranca		
Carmen Ortega Marcos		
Mª Angeles Baranguan Badia		
Isabel Velilla Marco		
Mar Sedano Gimeno		
Esther Martínez Azcoitia		



**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...

- Falta de información actualizada inter - Servicios del Centro de los procedimientos que se realizan.
- Se producen duplicidad de gestiones
- Errores en los circuitos
- Falta de coordinación entre los Servicios del Centro
- Errores en la información que se proporciona a los usuarios

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Mejorar la coordinación entre Servicios
2. Aumentar la eficiencia de los recursos
3. Actualizar la información entre los profesionales
4. Realización de un manual de uso interno con la Cartera de Servicios del Centro, procedimientos...

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Detección de circuitos a mejorar
  - A través del Grupo de Mejora, mediante técnica de grupo focal.
2. Recabar información de todos los Servicios sobre procedimientos, protocolos, actividades e impresos que utilizan
  - Los componentes del grupo de mejora a cada uno de los responsables de las Unidades del Centro.
3. Análisis de la documentación existente
4. Propuesta de mejora de los circuitos
5. Elaboración o actualización de procedimientos de las Unidades, en colaboración con el personal y los responsables de dichas Unidades.
6. Información a los responsables y a los profesionales del Centro, para validación de las novedades introducidas
7. Elaboración de Manual de Procedimientos actualizado
8. Difusión del Manual

**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

- a) Revisión y análisis de la Información disponible en todos los Servicios del Centro
  - Procedimientos internos documentados
  - Impresos de información para los pacientes
- b) Protocolos actualizados y unificados en todos los servicios

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

**Primer Trimestre:** Detección de circuitos a mejoras

**Segundo Trimestre:** Recabar información de todos los servios sobre procedimientos, protocolos, actividades e impresos que utilizan

**Tercer Trimestre:** Estudio de documentación y propuesta de mejora de los circuitos,

**Cuarto Trimestre:** Elaboración o actualización de procedimientos de las unidades

Inicio de elaboración de Manual de procedimientos actualizado.

Difusion del Manual

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Ordenador Portátil</u>	<u>500</u>
<u>Cañon</u>	<u>200</u>
<u>Material De Oficina</u>	<u>200</u>
<u>Inscripción Congreso Calidad</u>	<u>500</u>
<u>Plastificadora</u>	<u>300</u>
<u>Trituradora de papel</u>	<u>100</u>
TOTAL	1.800 Euros

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO:

**MANUAL DE CODIFICACIÓN DE PROCESOS INCLUIDOS EN EL REGISTRO DE DEMANDA QUIRÚRGICA.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> Dolores Currás Mateo.

Profesión

Médico.

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Admisión

Correo electrónico:

dcurras@salud.aragon.es.

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-765506 (directo). 976-765500 (extensiones 1012, 1013, 1014).

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Ana Sanz Baselga	Administrativo	S <sup>o</sup> Admisión HUMS
Laura Martínez López	Administrativo	S <sup>o</sup> Admisión HUMS
Aurora Pérez García	Administrativo	S <sup>o</sup> Admisión HUMS
José Luis Franco Cariñena	Administrativo	S <sup>o</sup> Admisión HUMS
Carmen Alcubierre Berges	Médico	S <sup>o</sup> Documentación clínica HUMS
Oscar Jarne Lanuza	Técnico codificación	S <sup>o</sup> Documentación clínica HUMS
Miguel Moreno Vernis	Médico	S <sup>o</sup> Documentación clínica HUMS
Isabel Gallego Gasca	Médico	S <sup>o</sup> Provincial
Gloria Martínez Borobio	Médico	S <sup>o</sup> Provincial
Ana Broto Civera	Médico	S <sup>o</sup> Admisión HCU
Belén Rived Moreno	Administrativo	S <sup>o</sup> Admisión HCU
Purificación Rubio Rodrigo	Administrativo	S <sup>o</sup> Admisión 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.

Durante 2008 en el marco de la convocatoria del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad del Servicio Aragonés de Salud se ha iniciado el desarrollo de un Manual de Codificación de Procesos en LEQ, en el cual se han abordado 7 especialidades quirúrgicas.

Los necesidades que llevaron al desarrollo del mismo fueron:

- Actualización y adaptación a la normas vigentes (1) de los manuales existentes en los diferentes hospitales de la Comunidad Autónoma.
- Homogenizar criterios de codificación por parte de las Unidades de Lista de Espera, con el objeto de facilitar la comparación de las estadísticas cuando se analiza las variables diagnóstico y procedimiento.

(1) *Instrucciones del 10 de diciembre de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, para la aplicación del decreto 83/2003, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre la gestión de los procesos quirúrgicos con tiempo de garantía*

#### **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

Durante 2008 se han desarrollado las siguientes actividades:

- Revisión de la normativa e instrucciones vigentes.
- Elección de las base de datos utilizadas (HP-HISS hospitales y base datos S<sup>o</sup> Provincial)
- Análisis de los manuales existentes (todas las especialidades).
- Valoración de adaptación de la codificación al CMBD (todas las especialidades).
- Valoración del grado de homogeneidad en la codificación de 7 especialidades (c. torácica, c. cardíaca, c. maxilofacial, c. general, neurocirugía, c. plástica y traumatología). Para homogeneizar los códigos a utilizar se cruzaron las bases de datos seleccionadas con el fin de identificar los códigos más utilizados y el grado de concordancia entre los códigos utilizados por los S<sup>o</sup> de Admisión de los dos hospitales participantes.
- Actualización de los códigos utilizados en las 7 especialidades anteriores.
- Redacción del Manual: se han redactado instrucciones generales de codificación, diferenciando procesos incluidos en el Decreto de Garantía de Demanda Quirúrgica y otros procesos. Se han elaborado listados abreviados para la codificación de las 7 especialidades abordadas.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El proyecto está dirigido a conseguir los siguientes objetivos específicos, en las especialidades quirúrgicas pendientes de desarrollar: ORL, Oftalmología, Urología y Angiología y Cirugía Vasculat.

- Adaptar los manuales existentes a las instrucciones sobre gestión de los procesos quirúrgicos con tiempo de garantía.
- Actualizar los manuales existentes, adaptándolos a los criterios de codificación utilizados en el CMBD.
- Homogeneizar los códigos utilizados para la codificación de procesos en lista de espera en los distintos hospitales de la CCAA de Aragón.

Para la consecución de los objetivos planteados, se contará con el mismo equipo que ha desarrollado el manual durante 2008 (S<sup>o</sup> de Archivos y Documentación clínica HUMS, S<sup>o</sup> Admisión HCU y HUMA y S<sup>o</sup> Provincial de Salud y Consumo).

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables



<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
2 grapadoras eléctricas	350
<b>TOTAL</b>	<b>350</b>

Lugar y fecha:  
 Zaragoza a, 11 de febrero de 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 (2009)</i>
-------	---

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>Proceso de Acreditación según la Norma ISO 15189:2007 del Servicio de Anatomía Patológica a partir de un Programa Continuo de Mejora previo</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Ramiro Alvarez Alegret
Profesión: Jefe de Sección de Anatomía Patológica Comisión de Dirección del Servicio Responsable de Calidad
Lugar de trabajo: Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS), Sº de Anatomía Patológica
Correo electrónico: ralvareza@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-765553

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Antonio Giménez Mas	Jefe del Servicio	HUMS, Sº A. Patológica
Mª José Rios Mitchell	Jefe de Sección, Comisión Dirección del Sº, Tutora de MIRs	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Ignacia Valero Palomero	Jefe Sección, Comisión de Dirección del Sº	Jefe Sección
Jorge Alfaro Torres	FEA; Grupo Investigación del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Antonio Calvo Alvarez	FEA, Comisión de Docencia del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Francesc Felipo Berlanga	FEA, Grupo de Investigación de Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Ester Gimeno Esteras	FEA, Grupo de Mejora, Grupo de Investigación del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Carlos Hörndler Aragarate	FEA, Comisión de Docencia del Sº, Grupo de Mejora, Grupo de Investigación del S	HUMS, Sº A. Patológica
Luis Plaza Mas	FEA, Comisión de Infraestructuras y Equipamiento del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
José Pac Sa	FEA, Comisión de Docencia del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Carmen Yus Gotor	FEA, Comisión de Infraestructuras y Equipamiento del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Ana Fuertes Zárate	MIR 4º Comisión de Docencia del Sº	HUMS, Sº A. Patológica
Guillermo Muñoz González	MIR 3º	HUMS, Sº A. Patológica
Patricia Sota	MIR 2º	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Carmen De Miguel Adrián	Supervisora, Comisión Dirección del Sº, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica
Ana Ozón Cores	TEAP, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica
Pilar Andrés Alias	Auxiliar de Clínica, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Pilar López Prieto	Jefa de Equipo Administrativo, Grupo de Mejora	HUMS, Sº A. Patológica
Mª Pilar Gimeno Serrano	Auxiliar Administrativo	HUMS, Sº A. Patológica



**4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA****Acreditación de la totalidad del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet según la norma EN ISO 15189:2007.**

El Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet se sumió en 2005 en un complejo y progresivo proyecto de Mejora Total en donde criterios de prioridad y de posibilidad prevalecieron sobre ordenaciones, como preámbulo necesario y nada desdeñable, para acceder a la Acreditación según la norma UNE EN ISO 15189:2007.

En apoyo de estas iniciativas existen algunos aspectos a destacar:

1. Concesión de Becas de apoyo a la calidad para la implementación de la Norma ISO 9001:2000 (en 2003), y posteriores renovaciones en 2004, 2005 y 2006 para prepararnos según la Norma ISO15189:2003 recién aparecida.
2. Renovación de la Beca concedida en 2008 para apoyar la Acreditación del Servicio según la Norma UNE EN ISO 15189:2007.
3. Iniciativa del SALUD de acreditación en Norma ISO15189:2003 de una técnica del S<sup>o</sup>, con el apoyo de una empresa externa (ICSA, Comunidad Valenciana). Esta iniciativa englobando en primera instancia a todos los "laboratorios" de la comunidad que quisieran adherirse. Dificultades técnicas nos decidieron a no seguir con esta iniciativa, y proseguir con nuestra Programa Continuo de Mejora como base sólida para la futura acreditación.
4. El progresivo trasvase de información de Calidad desde nuestra Programa Continuo de Mejora al Manual de Calidad según la Norma UNE EN ISO 15189:2007 presentó algunos problemas de interpretación que decidieron reorientar la ayuda de la Beca de 2008 hacia la empresa asesora valenciana ICSA, en lugar de la originalmente solicitada VITRO (con su Programa SACILAB). ICSA nos realizó una exhaustiva auditoría (documental y de presencia física) de nuestro Servicio, generando una revisión por epígrafes documentales, y un completa Informe posterior.
5. El conocimiento de una Guía (Documento de Orientación) diseñada y financiada por la Unión Europea para la implementación de la Norma ISO15189:2003 en los Laboratorios del Caribe, nos facilitó enormemente la comprensión de la Norma, y nos animó en 2007 a retomar nuestro objetivo de acreditación, esta vez con el mayor alcance posible, la acreditación de la totalidad del servicio.

Nuestra propuesta organizativa se compone de la siguiente estructura:

**A ORGANIZACIÓN Y SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

- A1 Organización y gestión
- A2 Necesidades y requisitos de los usuarios
- A3 Política de la calidad
- A4 Sistema de gestión de la calidad
- A5 Objetivos y planes de calidad
- A6 Manual de la calidad
- A7 Responsable / Director de calidad

A8 Control de la documentación  
A9 Control de los registros de los procesos y de la calidad  
A10 Control del material clínico  
A11 Revisión por la dirección

#### **B PERSONAL**

B1 Dirección profesional  
B2 Personal  
B3 Gestión del personal  
B4 Orientación e integración del personal  
B5 Descripciones del puesto de trabajo y contratos  
B6 Registros de personal  
B7 Reunión anual conjunta del personal  
B8 Reuniones del personal  
B9 Formación y educación del personal

#### **C INSTALACIONES Y AMBIENTE**

C1 Instalaciones y ambiente  
C2 Instalaciones para el personal  
C3 Instalaciones para los pacientes  
C4 Instalaciones de almacenamiento  
C5 Seguridad y salud

#### **D EQUIPOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y MATERIALES**

D1 Adquisición y gestión de los equipos  
D2 Gestión de datos e información  
D3 Gestión de materiales

#### **E. PROCESO PREANALÍTICO**

E1 Información para usuarios y pacientes  
E2 Formulario de solicitud  
E3 Recogida de muestras y manipulación  
E4 Transporte de las muestras  
E5 Recepción de muestras  
E6 Envío a otros laboratorios

#### **F PROCESO DE ANÁLISIS**

F1 Selección y validación de los procedimientos de análisis  
F2 Procedimientos analíticos  
F3 Garantizar la calidad de los análisis

#### **G FASE POSTANALÍTICA**

G 1 Informe de los resultados  
G2 El informe  
G3 El informe telefónico  
G4 El informe modificado  
G5 Consejo médico e interpretación

#### **H EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA**

H1 Procesos de evaluación y mejora  
H2 Evaluación de la satisfacción y las quejas del usuario  
H3 Auditoría interna del sistema de gestión de la calidad

H4 Auditoría interna del proceso de análisis  
H5 Evaluación externa de calidad  
H6 Mejora de la calidad

Confluyendo con esta estructura se encuentra nuestro Programa Continuo de Mejora, conjunto de 79 áreas de mejora enunciadas y desarrolladas durante tres años que ahora ha sido imprescindible identificar con los epígrafes tanto de la ISO como de la Guía de orientación. A continuación se listan las mencionadas mejoras con sus equivalentes ISO y Guía,

#### Bibliografía:

- ✓ Asociación Española de Normalización y Certificación. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. UNE-EN ISO 15189:2003. Madrid. AENOR, 2003.
- ✓ Asociación Española de Normalización y Certificación. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia. UNE-EN ISO 15189:2003. Madrid. AENOR, 2007.
- ✓ Documento de orientación para la aplicación de la Norma ISO 15189:2003 en laboratorios clínicos. Proyecto CARIFORUM financiado por la Unión Europea. Abril, 2004.
- ✓ Dybkaer R. Acreditación de los laboratorios clínicos mediante la norma ISO 15189:2003. Diagnóstico *in vitro* 2003.
- ✓ Alvarez Alegret R, Giménez Mas JA et al. Implementación de la Norma UNE-EN ISO 15189:2003 en un Servicio de Anatomía Patológica. Valoración crítica de Metodología y Resultados. V Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y II Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 19 y 20 de junio, 2007.
- ✓ Giménez Mas JA, Alvarez Alegret R, et al. Programa Continuo de Calidad en Anatomía Patológica. Objetivos, avances y dificultades. VI Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y III Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 21 y 22 de junio, 2006.
- ✓ Alvarez Alegret R, Giménez Mas JA et al. Control de calidad externo e interno de las técnicas inmunohistoquímicas (IHQ) en Anatomía Patológica. VI Jornadas de Trabajo sobre Calidad en SALUD y III Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Zaragoza, 21 y 22 de junio, 2006.
- ✓ Giménez Mas JA, Alvarez Alegret R y Alfaro Torres J. El control interno y externo de la calidad de las técnicas inmunohistoquímicas en relación con la Norma UNE-EN ISO 15189:2003. XXIII Congreso Nacional de Anatomía Patológica. Tarragona, Mayo, 2007.

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

1. Líneas de Mejora propuestas en el Programa de Calidad del Servicio d 2008:

- a. **Impulsar la protocolización del Cáncer de Colon** (Anexo I): Elaborado el Subproceso de Anatomía Patológica, en el seno del Protocolo de Actuación en el Cáncer de Colon del HU Miguel Servet.

Responsables: Dr. Hörndler (Miembro del Grupo de Trabajo); Dr. Alfaro, Dr. Pac, Dra. Yus (Patólogos de la Sección de Patología Digestiva), Dr. Alvarez (Responsable de Calidad); Dr. Giménez Mas (Jefe del Servicio).

- b. **Impulsar la protocolización del Cáncer de Mama** (Anexo II): Elaborado el Subproceso de Anatomía Patológica, en el seno del Protocolo de Actuación en el Cáncer de Mama del HU Miguel Servet.

(A 20 de enero de 2009, este protocolo se encuentra prediseñado, a la espera de ponerlo en marcha y desarrollarlo cuando el proceso general de mama sea iniciado. Nuestra capacidad de desarrollo del mismo estará condicionado a la disponibilidad de los recursos materiales y de personal solicitados).

2. Líneas de Mejora en propuestas en el Programa de Calidad del Servicio de 2009:
  - a. **Unidad de Patología Molecular. Implementar los requisitos en consonancia con la ampliación de la cartera de servicios (Resolución del Dptº de Salud y Consumo del 23 de diciembre de 2008 (Anexo III):** Ver Objetivos, Indicadores y Cronograma en Anexo III.  
Responsables: Dr. Alvarez (Jefe de Sección); Dr. Giménez Mas (Jefe del Servicio).
  - b. **Proceso urgente de cáncer de mama y colon (Anexo IV):** Ver Objetivos, Indicadores y Cronograma en Anexo IV.  
Responsables: Dra. Ríos Mitchell (Jefa de Sección); Dr. Giménez Mas (Jefe de Servicio).
3. Se ha iniciado la convergencia con el Programa de Acreditación de los Laboratorios Clínicos según la Norma ISO 15189:2007, que recibe a través de SALUD la ayuda de la empresa valenciana ICSA. ICSA ha realizado una auditoría externa (1º Documentación y 2º Presencia física) del Servicio, y tras exhaustivo análisis ha emitido sus conclusiones y recomendaciones. Dichos informes han sido sufragados por los fondos concedidos al Presente Proyecto de Mejora de Calidad de 2008.

Conclusiones de la Auditoría:

- Puntos Fuertes:
  - Sistemática amplia, aplicada al Servicio de Anatomía Patológica en su conjunto.
  - Inclusión de la práctica totalidad de los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 15189. Así como, la inclusión de todo el personal del Servicio en el Sistema de Gestión de Calidad diseñado.
  - El sistema definido contiene aspectos no contemplados en la Norma, pero de interés (Ejemplo: Seguridad de las personas).
  - Facilidad de acceso a los distintos documentos a través de la Intranet.
  - Gran detalle en los aspectos relativos a formación de personal MIR.
- Puntos Débiles/Áreas Mejora:
  - Excesivo número y tipos de documentos, que pueden hacer compleja la sistemática de modificación y actualización de los mismos.
  - Falta de uniformidad en los documentos del sistema, en cuanto a estructura e identificación.
  - Identificación de personas en los documentos (procedimientos), lo que implica modificaciones en los documentos ante cambios en el personal.
  - Falta de detalle en los procedimientos (fundamentalmente analíticos). Los procedimientos no incluyen la información mínima que permita su realización y repetición, únicamente con lo indicado en el procedimiento.
  - Proceso de integración con el Sistema de Gestión de Calidad SALUD.
- Recomendaciones:
  - Adaptación e Incorporación al proyecto de ampliación de Implantación de la Norma UNE-EN ISO 15189:2007 a desarrollar en los ejercicios 2008-2009, y cuya primera fase se inició en 2006.
  - Revisión de la documentación de Nivel II (aplicación común a los Laboratorios del Hospital Universitario Miguel Servet), para verificar el grado de aplicación al Servicio de Anatomía Patológica, e implantación de los cambios necesarios en su caso. Estas actividades deberán ser realizadas en colaboración con:
    - Coordinador de Calidad de Laboratorios ↘ Dª Marisa Vela
    - Laboratorios del Hospital Universitario Miguel Servet implicados en el proyecto de acreditación ↘ Bioquímica, Microbiología y Hematología.
    - Unidad de Calidad de SALUD ↘ Dr. Juan Carlos García Mata

- Revisión de la documentación de Nivel III (aplicación específica al Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Miguel Servet), con el fin de adecuar dicha documentación a los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 15189, en función de los resultados de la evaluación que se recogen en este informe, así como otros aspectos que puedan detectarse.
- Publicación de la documentación del SGC en la INTRANET de SALUD (excepto registros). La sistemática de gestión de documentos en SALUD se realiza a través de la INTRANET del SALUD, de manera que al ser un proyecto global y conjunto de todos los laboratorios del SALUD, pueden aprovecharse las sinergias entre los distintos laboratorios, al compartir la información.
- Codificación de Documentos de Nivel III (aplicación al Laboratorio). Si el laboratorio desea mantener su codificación actual de documentos, podría incluirse en el interior del documento, como parte del título del mismo (Ejemplo: Código: PTA-01\_Z2(E)M\_L-AP Nombre: IT-F-2 Procedimiento para cito-gine líquida).

#### 4. Plan Estratégico de Servicio de Anatomía Patológica Cuatrienio 2008-2012 (Anexo V):

La experiencia laboral obtenida en el cuatrienio 2004-2008, con sus logros, insuficiencias y frustraciones, nos invita a elaborar una propuesta para el cuatrienio 2008-2012. Ha de tratarse de una propuesta continuista que consolide los logros obtenidos, pero también innovadora que tenga en cuenta nuevos retos para los ahora estamos mejor preparados.

Estos son nuestros objetivos:

- ✓ Grado de cumplimiento de los objetivos del Proyecto Técnico de Gestión 2004: Consolidar los logros y profundizar en ellos.
- ✓ Nuevas acciones desarrolladas entre 2004 y 2008: Consolidar los nuevos logros (no programados) y profundizar en ellos.
- ✓ Nuevas acciones (visión) a programar para 2008-2012.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Avanzar decididamente hacia la Acreditación de la totalidad nuestro Laboratorio/Servicio en 2010 y crear la necesaria consistencia que permita mantener y mejorar continuamente el nivel de calidad alcanzado.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

1. **Estructuración optimizada de la Intranet de Anatomía Patológica** (cuota de Intranet del Hospital disponible para el servicio), como órgano interactivo de comunicación, y archivo documental activo y disponible.
2. **Constitución de un Grupo de Mejora estructurado**, con miembros de todos los estamentos, un coordinador de calidad, desarrollo de normas de funcionamiento y compromiso de reuniones formales periódicas de al menos una vez cada dos meses.
3. **Reuniones monográficas no periódicas** para el desarrollo y seguimiento de Áreas de Mejora seleccionadas. El Grupo de Mejora tiene responsables asignados para cada Mejora y ellos organizan reuniones entre ellos o con otras personas implicadas.
4. **Priorización de áreas de Mejora** al inicio del año en función de su necesidad y posibilidad de éxito y se continúa el desarrollo y control de las de años anteriores, con evaluación individualizada de cada Mejora a final de año.
5. **Aplicación de la Metodología REDER (EFQM)** de ciclos de mejora continua para cada Área de Mejora: Enfoque, despliegue, evaluación y revisión.
6. **Desarrollo de una herramienta informática sencilla ('Programa Continuo de Mejora')** basada en una hoja (libro) de cálculo que permite agrupar en un solo documento, así como actualizar y consultar, desde cualquier ordenador del servicio. Este libro incluye la descripción de cada una de las mejoras y la fase de desarrollo actualizada en se encuentran. Orientación de las mejoras hacia una futura acreditación global del servicio según la norma UNE EN ISO 15189:2007.
7. **Plan Estratégico 2008-2012:** La experiencia laboral obtenida en el cuatrienio 2004-2008, con sus logros, insuficiencias y frustraciones, nos invita a elaborar una propuesta para el cuatrienio 2008-2012. Ha de tratarse de una propuesta continuista que consolide los logros obtenidos, pero también innovadora que tenga en cuenta nuevos retos para los ahora estamos mejor preparados.

Estos son nuestros objetivos:

1. Grado de cumplimiento de los objetivos del Proyecto Técnico de Gestión 2004: Consolidar los logros y profundizar en ellos.

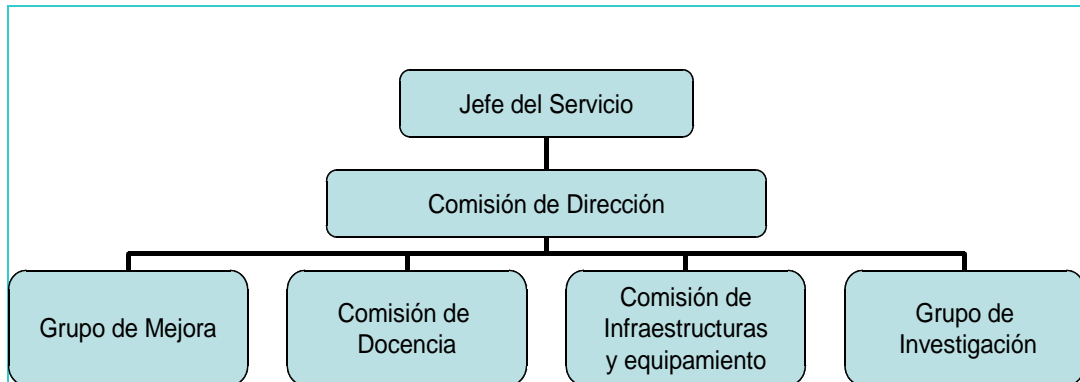
**Calidad (Grupo de Mejora)**

- Mantenimiento del Programa Continuo de Mejora
- Transferencia progresiva de lo que hasta ahora hemos conceptualizado como Manual del Servicio (en la Intranet) al Manual de Calidad (ISO).
- Compromiso de alcanzar el más alto nivel de Calidad inspirándose para ello en los requisitos de la norma ISO 15189:2007. Los objetivos de acreditación ENAC no deben interferir ni desvirtuar los objetivos de calidad del servicio. El servicio apoyará y trabajará por este objetivo en la medida en que la administración y dirección del hospital pongan los medios necesarios en las áreas externas a la propia gestión del servicio: personal; instalaciones y ambiente; equipos y materiales.

2. Nuevas acciones desarrolladas entre 2004 y 2008: Consolidar los nuevos logros (no programados) y profundizar en ellos.

**Organización general:**

- a) Servicio estructurado, tal como se desarrolla en 'Estructura de la Organización' (documento ISO), según el siguiente organigrama:



- b) Estructuración y definición del uso de la Intranet de Anatomía Patológica según el siguiente esquema
- . ISO 15189
  - . Manual del Servicio
  - . Secretaría
  - . Buzones

**Calidad:**

**Inmunohistoquímica (IHQ):**

- Control externo (SEAP) e interno (acta diaria) y seguimiento documentado de ambos (indicadores)
- Definida una política documentada de controles: controles tipo, banco de controles, normas de procesado óptimo de controles, normas de uso, breviarío para cada técnica (atascado)
- Estadística de uso (indicador)
- Listado codificado de las técnicas IHQ activas
- Impreso de solicitud de técnicas IHQ+TE, tipo check-list

**Archivo fotográfico:**

- Elaboradas normas de seguridad
- Accesible a todos los *facultativos del servicio*

**Archivo documental:**

- Todos los documentos existentes están reunidos, codificados, accesibles y con un alto grado de seguridad (ISO): Guías de petición, impresos, protocolos, normas, etc

**Estructura de la Organización:**

- Documentada (ISO)

**Indicadores (documentados):**

- Control diario HE
- Tasa de bloques vueltos a cortar (indicador de calidad del corte)

- Gestión bloques archivados
- Control semanal de demoras
- Autopsias pendientes (libro de registro con alertas)
- Control CLIA'88 (acta diaria) de lecturas de citos ginecológicas
- Cumplimentación Consentimiento Informado PAAF
- Evaluación del Control Externo de IHQ
- Evaluación del Control Interno de IHQ (acta diaria)
- Consumo anual de IHQ+TE
- Casos perdidos
- Reclamaciones
- Actividad mensual y demoras

3. Nuevas acciones (visión) a programar para 2008-2012:

**Calidad:**

1. Avanzar en nuestro compromiso de Calidad según las directrices de la norma ISO 15189:2007 (Grupo de Mejora).
2. Diseñar un Modelo de Memoria Anual del Servicio (Comisión de Dirección).

#### 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Grado de desarrollo del proyecto medido a través del número de documentos elaborados.
2. Nº de auditorías internas (al menos 1/año).

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Fecha de inicio: Febrero de 2009

Fecha de finalización: Febrero 2010

Calendario:

- Febrero a Junio-2009: Análisis de los requisitos mínimos de la norma en relación con la realidad del laboratorio. Agrupamiento y ordenación de los documentos existentes.
- Julio a octubre-2009: Detección y definición de requisitos de la norma no cumplidos. Adecuación interna de aquellos cuya solución estriba en el sistema organizativo del laboratorio. Solicitud de ayuda a la dirección del hospital para resolver aquellos cuya solución excede las posibilidades del laboratorio.
- Noviembre a diciembre-2009: Solicitud de auditoría interna.
- Enero a febrero-2010: Solicitud de auditoría externa (ENAC).



<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Soporte informático para el Grupo de Calidad	<u>1200 euros</u>
<b>TOTAL</b>	<b>1200 €</b>

Lugar y fecha: Zaragoza, 21 de febrero, 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 (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Protocolo de Analgesia Epidural Obstétrica. Plan piloto de mejora de efectividad y eficiencia
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Augusto Navarro Hernando
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HUMS - HMI
Sector de SALUD: Zaragoza II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Anestesiología, Unidad HMI
Correo electrónico: aunava@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-76-55-00 Ext. 3129

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Javier BONED NAVARRO	Anest.	HMI
2 Eva ROVIRA FLORES	Anest.	HMI
3 Cristina CARLUCCIO	Anest.	HMI
4 María PUÉRTOLAS ORTEGA	Anest.	HMI
5 Sofía GOTOR COLÁS	Matrona	HMI

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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 analgesia Epidural es en la actualidad el método de analgesia mayoritariamente demandado por las gestantes (87,1% de las gestantes en trabajo de parto), y es uno de los procedimientos médicos más frecuentes del sistema sanitario.
Una de las limitaciones de la técnica es la incidencia de analgesia insuficiente o fracaso parcial, de frecuencia variable según los diferentes estudios (8 a 19%) <sup>1,2,3</sup>
La incidencia de analgesia insuficiente repercute en merma de la satisfacción o tasa de insatisfacciones, e incremento de las cargas de trabajo (llamadas al personal, medidas de corrección, consumo de fármacos, etc.).
Dentro de la encuesta de satisfacción postparto el 14% de las gestantes que han tenido analgesia epidural, manifiestan haber tenido algo, escaso o nulo alivio del dolor, con

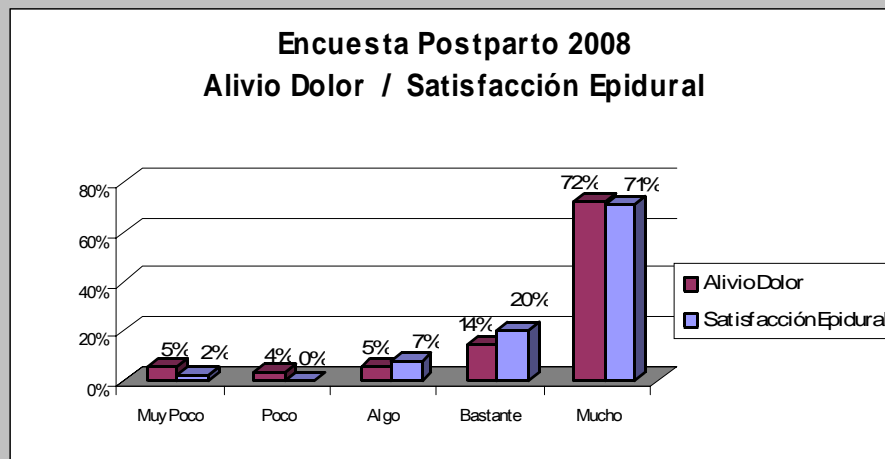
una correlación importante, aunque no coincidente con los niveles de satisfacción con la analgesia epidural.

La modificación del régimen de mantenimiento y administración de la medicación epidural, de infusión continua a régimen de bolos intermitentes programados ha mostrado, en estudios de investigación, una menor incidencia rupturas de analgesia y de requerimiento de bolos adicionales para mantener una analgesia satisfactoria.

Dada la necesidad de cambiar el dispositivo (bomba de infusión) para instaurar la administración intermitente programada, planteamos el pilotaje de la medida para comprobar su efectividad.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.



### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Mejorar la calidad de la analgesia
2. Disminuir la necesidad de bolos adicionales en el mantenimiento de una analgesia adecuada
3. Disminuir la carga de trabajo en el mantenimiento de la analgesia
4. Mejorar la satisfacción de la parturientas con la analgesia epidural recibida
5. Mejorar la calidad de la analgesia epidural percibida por la matrona que atiende al parto eutócico

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Revisión del protocolo de analgesia epidural  
Responsable: Dr. Navarro
2. Diseño del plan piloto





Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> CONTROL DE HISTORIAS CLÍNICAS RECUPERADAS
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos MIGUEL MORENO VERNIS
Profesión JEFE DE SERVICIO
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Sector de SALUD: AREA II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. ARCHIVOS Y DOCUMENTACION CLINICA
Correo electrónico: mmorenov@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-765550

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ROSARIO CARRATO LECINA0	J. GRUPO	H. MIGUEL SERVET
2 M <sup>a</sup> FELICIDAD SORO DOMINGO	J. EQUIPO	C. E. SAN JOSE
3 MERCHE VALLESPIN MESEGUER	J. EQUIPO	C. E. RAMON Y CAJAL
4 ELENA SANMIGUEL ARBUES	J. EQUIPO	H. MIGUEL SERVET
5 CARMEN AZNAR ASPAS	J. EQUIPO	H. MIGUEL SERVET
6 PILAR VELAZQUEZ CUENCA	J. EQUIPO	H. MIGUEL SERVET

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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...
<b>Objetivos:</b> 1- Seguimiento de la Documentación Clínica que se recupera diariamente. 2- Asegurar que las Historias Clínicas recuperadas en el día han sido archivadas correctamente.
<b>Acciones:</b> 1- Imprimir listados diariamente de historias clínicas recuperadas. 2- Seleccionar aleatoriamente un nº representativo de historias clínicas recuperadas el día anterior y comprobar que estén correctamente archivadas. En el caso de los centros de especialidades este seguimiento se realizara con el 100% de las historias recuperadas el día anterior. 3. Aplicar el protocolo de búsqueda de historias clínicas, que no están bien Archivadas. 4. Creación de la hoja estadística de la revisión, que recoja tanto el número de historias clínicas revisadas diariamente, como el número de las que no están en su sitio.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Asegurar que las historias clínicas recuperadas en el día han sido archivadas correctamente.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Imprimir listados diariamente de historias clínicas recuperadas.
- Comprobar diariamente que las historias clínicas recuperadas están en su sitio.
- Aplicar el protocolo de búsqueda de historias clínicas que no están bien archivadas.

**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 historias clínicas revisadas / total historias recuperadas x 100
- Número de historias clínicas bien archivadas / total de historias revisadas x 100
- Número de historias clínicas mal archivadas / total de historias revisadas x 100
- Número de historias clínicas mal archivadas a las se aplica el protocolo de búsqueda / por el número total de historias clínicas encontradas x 100

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

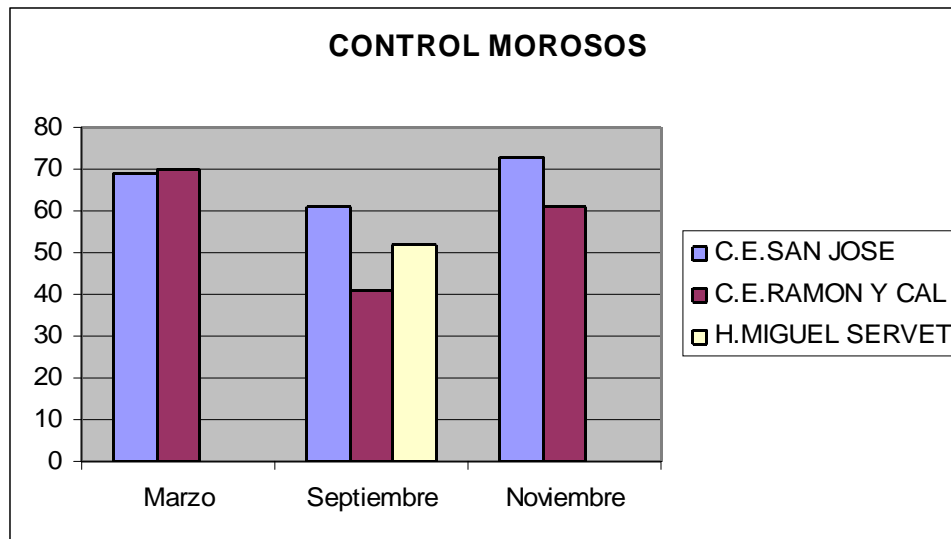
Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio Enero 2009  
Finalización: Diciembre 2009

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
2 Pistolas Inalámbricas, para una mejor recuperación de historias en todo el archivo.	1500
5 inscripciones para asistir al Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial que se celebra en Sevilla.	
<b>TOTAL</b>	





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

CONTROL DE HISTORIAS FUERA DEL ARCHIVO

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

MIGUEL MORENO VERNIS

Profesión

JEFE DE SERVICIO

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sector de SALUD:

AREA II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

ARCHIVOS Y DOCUMENTACION CLINICA

Correo electrónico:

mmorenov@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-765550

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 ROSARIO CARRATO LECINA	J. GRUPO	H.MIGUEL SERVET
2 M <sup>a</sup> FELICIDAD SORO DOMINGO	J. EQUIPO	C. E. SAN JOSE
3 MERCHE VALLESPIN MESEGUER	J. EQUIPO	C.E. RAMON Y CAJAL
4 ELENA SANMIGUEL ARBUES	J. EQUIPO	H. MIGUEL SERVET
5 CARMEN AZNAR ASPAS	J. EQUIPO	H. MIGUEL SERVET
6 PILAR VELAZQUEZ CUENCA	J. EQUIPO	H. MIGUEL SERVET

### 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.

El objetivo principal del proyecto de mejora es saber en cada momento donde esta la historia cuando esta, este fuera del archivo.

Uno de nuestros graves problemas es la falta de comunicación con los servicios a los que servimos las historias, esto puede ser debido a la falta de motivación de los trabajadores, falta de profesionalidad, saturación de trabajo, falta de personal, no saber que hacer por no haber un protocolo etc., nuestra acción para remediar este problema va a ser la comunicación mediante reuniones de la importancia que tiene el que archivos, que es quien tiene la custodia de la historia sepa, en todo momento de donde esta la historia, y para ello elaboraremos un protocolo a seguir por nuestros clientes y por el servicio de archivos al que tendremos que formar.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Que las historias en un 95% , estén localizadas.
- Concienciar a todos los que trabajan con la historia clínica, la importancia de que este siempre localizada

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Reuniones con los responsables de consultas y plantas para exponerles el proyecto de calidad .
- Diseñar unos procedimientos de actuación.
- Formación de estos procedimientos al personal que va a trabajar con ellos.
- Implantación del proyecto.

Los reponsables son: En el hospital Rosario Carrato Lecina  
En el C. E. San Jose Mª Fe  
En e C. E. Ramon y Cajal, Merche Vallespin

**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

- nº de historias fuera del Archivo / promedio de salidas en día laborable.
- % de historias que nos comunican los cambios.% de historias morosas.
- % de historias sin recuperar y están en el sitio

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

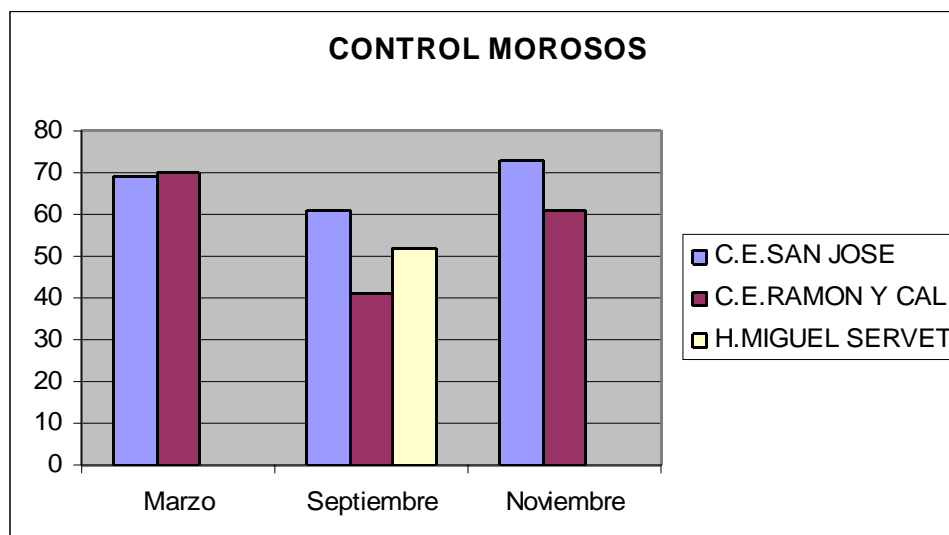
Indicar el calendario de las actividades previstas

- La búsqueda de información (reuniones) dos meses
- Diseño de procedimientos, dos meses.
- Formación al personal, dos meses.
- Implantación del proyecto de mejora, 1 mes.
- Evaluación, dos meses.
- Comunicación de resultados, 1 mes

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
2 Pistolas Inalámbricas, para una mejor recuperación de historias en todo el archivo.	1500
Tarjetas para informar del cambio del servicio.	—
— 5 inscripciones para asistir al Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial que se celebra en Sevilla.	
TOTAL	

## PROGRAMA DE CALIDAD 2008 – 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 (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>Desarrollo de la implantación de la norma UNE-EN ISO 15189 en el Servicio de Bioquímica Clínica (Bioquímica General , Metales, y próximos alcances), perteneciente al programa de acreditación de laboratorios clínicos del Sistema Aragonés de Salud</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos M <sup>a</sup> ANGELES CÉSAR MÁRQUEZ
Profesión F.E.A. BIOQUÍMICA CLÍNICA. RESPONSABLE DE CALIDAD
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
Sector de SALUD: SECTOR 2
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE BIOQUÍMICA CLÍNICA
Correo electrónico: macesar@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765544 ext. 2460

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Angel García De Jalón Comet	F.E.A. Jefe de Servicio	S <sup>o</sup> Bioquímica Clínica HUMS
M <sup>a</sup> Luisa Calvo Ruata	F.E.A.	S <sup>o</sup> Bioquímica Clínica HUMS
Pedro Ventura Ventura	F.E.A.	S <sup>o</sup> Bioquímica Clínica HUMS
Rosa Pagés Garriga	D.U.E. Supervisora	S <sup>o</sup> Bioquímica Clínica HUMS
Carmen Parrilla Benedicto	D.U.E. Supervisora	S <sup>o</sup> Bioquímica Clínica HUMS
José Manuel Garcés Latasa	Administrativo Jefe de grupo de Laboratorios	S <sup>o</sup> Bioquímica Clínica HUMS
Marisa Vela Marquina	Coordinadora Calidad de Laboratorios	U.C.A. HUMS

**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...

Dentro del Plan Estratégico del Sistema Aragonés de Salud se encuentra la acreditación de los laboratorios clínicos conforme a la norma UNE-EN ISO 15189. Con la implantación de este sistema de calidad en el laboratorio se pretende garantizar la mejor utilización de los recursos, optimizar la organización del servicio, cumplir los requisitos relativos a la calidad y la competencia técnica, con el objetivo de satisfacer las necesidades de usuarios, tanto pacientes como personal clínico.

Dentro del servicio de Bioquímica Clínica existe un grupo de mejora de la calidad formado por personal facultativo, de enfermería y administrativo, posee además un reglamento interno de funcionamiento en el que se especifican sus funciones y la periodicidad de sus reuniones.

El proyecto de la acreditación de los laboratorios clínicos se inició en 2006 y se encuentra ya en una fase muy avanzada. Se contó desde entonces con el apoyo de una consultora seleccionada por el SALUD para comenzar todo el proceso. En un principio se incluyó la Unidad de Metales por tratarse de una unidad de referencia para toda la comunidad y a continuación, en octubre de 2007, se amplió el alcance de la acreditación a la sección de Bioquímica General ya que representa, en volumen de trabajo diario, prácticamente el 80%.

El proyecto general involucra distintos facultativos y servicios de distintos centros y trata de facilitar el intercambio de información y de experiencias entre los profesionales a través de talleres y reuniones conjuntas de trabajo, unificando el esquema de trabajo en todos los laboratorios (documentación, registros y procedimientos), incluyendo la gestión de personal, formación y cualificación.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El resultado final consistiría en obtener el certificado de Acreditación para las unidades de Bioquímica General y Metales según la Norma UNE EN ISO 15189 por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), así como la posterior ampliación a próximos alcances en una siguiente fase.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Corrección de las desviaciones detectadas en la documentación por ENAC y envío de medidas correctoras. Responsables: Dra. César, Dra. Calvo y Dr. Ventura
2. Realización de revisión por la dirección previa a la evaluación por ENAC. Responsable Subdirección médica y dirección del laboratorio

3. Auditoría externa por ENAC
4. Corrección de no conformidades y desviaciones detectadas para la acreditación:  
Responsables: Dra. César Dra. Calvo y Dr. Ventura
5. Inicio y desarrollo del proyecto ampliación de la acreditación con los nuevos alcances. Dra. César

A su vez, las actividades de mejora se subdividen en las 3 fases claves del análisis:

Fase pre-analítica: Mejorar la cumplimentación de las hojas de solicitud de centros externos; Extender el modelo de petición electrónica al laboratorio por parte del clínico; Implantar el registro del personal extractor en plantas de hospitalización y consultas externas. Responsables: Dra. César, Supervisoras, Jefe de grupo del personal administrativo.

Fase analítica: Validación de métodos analíticos para los que se requieren materiales de referencia. Responsables: Dra. Calvo y Dr. Ventura

Fase post-analítica: Cumplir los objetivos de tiempo de respuesta de los resultados de análisis. Responsables: Dra. César, Dra. Calvo y Dr. Ventura

#### 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

Anualmente se evaluarán las 3 fases analíticas mediante los siguientes criterios:

##### Fase pre-analítica

Criterio: Las hojas de solicitud han de cumplir unos requisitos mínimos exigidos por la norma UNE EN ISO 15189

Indicador: Porcentaje de solicitudes incompletas

Estándar: < 20%

##### Fase analítica

Criterio: Los programas de Intercomparación (controles externos) de las técnicas del alcance de la acreditación han de presentar resultados aceptables

Indicador: Porcentaje de resultados aceptables

Estándar: > 80%

##### Fase post-analítica

Criterio: Establecer un tiempo de respuesta máximo para la disponibilidad de los resultados en la intranet en función de los parámetros bioquímicos

Indicador: Tiempo de respuesta de los resultados

Estándar: Media tiempo de respuesta anual < tiempo pactado

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Calendario:

- Corrección de las desviaciones detectadas en la documentación por ENAC y envío de medidas correctoras: Febrero 09
- Realización de evaluación por la dirección: Febrero 09
- Evaluación por ENAC: Marzo 09
- Corrección de no conformidades y desviaciones detectadas para la acreditación: Abril-Junio 09
- Adecuación de la acreditación al traslado de los nuevos laboratorios: Julio 09-Septiembre 09
- Inicio y desarrollo del proyecto ampliación de la acreditación con los nuevos alcances: Septiembre 09-Enero 2010

<b>Actividades 2009</b>	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	10
Corrección de las desviaciones detectadas en la documentación por ENAC y envío de medidas correctoras	x	x											
Realización de evaluación por la dirección		x											
Evaluación por ENAC			x										
Corrección de no conformidades y desviaciones detectadas para la acreditación				x	x								
Adecuación de la acreditación al traslado de los nuevos laboratorios						x	x	x					
Inicio y desarrollo del proyecto ampliación de la acreditación con los nuevos alcances									x	x	x	x	x



<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material de referencia certificado (Metales)	300
Destructor de papel de oficina, modelo 125CCD, marca PMA, ref.: 2-6-50243-0	226
Plastificadora de oficina, modelo H425, marca GBC, ref.: 2-6-50255-0	211
Máquina de rotular electrónica de sobremesa, modelo LABEL MANAGER 220P, marca DYMO, ref.: 2-6-50260-0	105
Ordenador portátil	600
<b>TOTAL</b>	<b>1442</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

Proyecto "Aragonesas con Corazón": Mejora de la información que tienen las mujeres aragonesas de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo a través de la creación de la pagina Web <http://www.mujierycorazon.com>

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**Isabel Calvo Cebollero**

Profesión

Médico Especialista en Cardiología

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. SERVICIO DE CARDIOLOGIA

Correo electrónico:

[icalvoc@salud.aragon.es](mailto:icalvoc@salud.aragon.es)

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 EXT.5152; Teléfono directo y fax: 976562565

### 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
Luis Escosa Royo	Cardiólogo	H. U. Miguel Servet. Zgza.
M <sup>a</sup> Victoria Fustero Fernández	M de Fam.	C.S. Cariñena
Antonela Lukic	Cardióloga	I+CS
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

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados del mundo occidental, tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo mientras *en las últimas décadas, existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en los hombres, esta no se está produciendo en las mujeres.*

En Aragón, las enfermedades del aparato circulatorio supusieron también un 32% de la mortalidad total y fueron responsables de 2.004 (28,6%) fallecimientos en hombres y 2.339 (35%) en mujeres. Solo el infarto agudo de miocardio mató en 2005 (INE) a 471 varones y 340 mujeres, mientras que el cáncer de mama, mucho más introducido en la mentalidad preventiva de las mujeres fue responsable de 210 muertes en el mismo periodo.

La enfermedad cardiovascular en general y la enfermedad coronaria en particular, han sido investigadas fundamentalmente en el varón, extrapolando los factores de riesgo y protectores de salud, los métodos diagnósticos y terapéuticos a las mujeres, que sistemáticamente se han visto poco representadas en los ensayos clínicos.

El grado de conocimiento de las ECV, así como la utilización de recursos diagnósticos y terapéuticos que han demostrado eficacia pronóstica, es menor en las mujeres, sobre todo en el síndrome coronario agudo (SCA) y en la Insuficiencia cardiaca (IC) lo que redundará en un peor pronóstico (mayor mortalidad por SCA y mayor tasa de ingresos por descompensación de IC).

El estudio sobre la situación de la patología cardiovascular de la mujer en España

realizado por la Agencia de Investigación del la SEC para el Observatorio de la Salud de la Mujer del MSC ha demostrado que existen numerosas diferencias entre mujeres y varones en lo que respecta a las características y manejo de las diversas patologías y siempre de modo desfavorable para las mujeres, como ya se recogía en estudios previos.

Las mujeres tienen un perfil de riesgo cardiovascular peor que el de los varones (mayor prevalencia de obesidad, diabetes, síndrome metabólico, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca).

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

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

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

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

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

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

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

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

Las mujeres encuestadas reconocen en un alto porcentaje cuáles 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 cuáles 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

A lo largo del último año y desde que se constituyó el grupo hemos realizado actividades diversas destinadas a la mejora de la información de la ECV de las mujeres, que resumimos a continuación:

- **Elaboración, validación y realización de una encuesta** sobre los conocimientos que tienen las mujeres aragonesas sobre la salud cardiovascular, realizada a 1064 mujeres.
- **Análisis estadístico y elaboración de resultados obtenidos en la encuesta.** Análisis de las deficiencias observadas en el conocimiento sobre las ECV y planteamiento de las futuras actuaciones.
- **Difusión de los resultados de la encuesta** en los medios científicos y de comunicación que se detallan a continuación:
  - Presentación de los resultados de la encuesta en la rueda de prensa convocada por la Consejería. Realizada por Dra. Isabel Calvo y la Dra. María Dolores Ariño.
  - Presentación de la encuesta en la Semana de Corazón en Madrid. Realizado por la Dra. Isabel Calvo Cebollero. Día 27 de Mayo 2008 rueda de prensa con la presentación de Radiografía de las ECV de las mujeres en España donde va incluido nuestro trabajo y día 30 de Mayo ponencia en la mesa redonda denominada "Corazón y Mujer".
  - Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación oral en el XV congreso nacional y IX congreso internacional de la Medicina General Española, Málaga, 21-24 Mayo 2008 realizado por la Dra. María Victoria Fustero y el Dr. Mario Bárcena, premiada con una mención de honor.
  - Presentación de los resultados de la encuesta en forma de comunicación en mesa redonda en el Primer congreso clínico cardiovascular, SEMFYC, Zaragoza, 5-6 Junio 2008, por el Dr. José Manuel Millaruelo.
  - Presentación de los resultados de la encuesta en forma de mesa redonda en el Congreso de la Sociedad Aragonesa de Cardiología, realizado por las Dras. Eva Moreno y Antonela Lukic, Zaragoza, Marzo 2008
  - Asistencia a las Jornadas de Salud y Género por la Dra. María Dolores Ariño, contacto con la Directora del Observatorio de la Mujer.
  - Presentación de los resultados de la encuesta en las Jornadas del Sector 2, día 23 de Junio 2008, realizado por la Dra. Calvo y la Dra. Ariño.
  - Presentación de dos comunicaciones orales y un poster científico para el 26º Congreso de la calidad asistencial que se llevó al cabo del 21 al 24 de octubre del 2008 en Zaragoza. Además, para el mismo congreso colaboramos en el taller "Mujeres invisibles. ¿Perspectiva del género en formación e investigación? Representados por la Dra. María Victoria Fustero.
  - Presentación de tres comunicaciones enviadas al Congreso Nacional de Cardiología, que se realizó los días 9-11 de octubre del 2008 en Bilbao.
  - Presentación de dos comunicaciones en el XXII Congreso Aragonés de Atención Primaria celebrado en Zaragoza del 6 al 8 de noviembre de 2008, por el Dr. Mario Bárcena y la Dra. M<sup>a</sup> Victoria Fustero y que fueron premiadas Ex\_aequo, con el primer premio la mejor comunicación oral.
  - Estamos terminando la elaboración del artículo científico para la publicación de los resultados de la encuesta en las revistas de interés científico.
  - Asistencia a los programas de televisión y de radio para la difusión de los hallazgos de la encuesta y para informar al público en general de las futuras actividades del grupo. Para el día 25 de febrero del 2009 está prevista nuestra aparición en forma de reportaje sobre las actividades del grupo en el programa "Tiempo de Salud".
- **Actividades formativas dirigidas al público general:**
  - Se han planificado, diseñado y elaborado **las charlas** dirigidas a las mujeres aragonesas y se ha iniciado su puesta en marcha. La charla "El infarto también es cosa de mujeres. Aprende a cuidar tu corazón" se ha impartido hasta la actualidad en Cariñena (día 17/12/08), Calatayud (día 28/1/09) y Paniza (día 11/2/09). La siguiente charla será en

Villamayor el día 15/3/09.

- Planificación, diseño y elaboración de los **folletos informativos** en forma de trípticos ilustrados que se difundirán a los centros de salud y a las asociaciones de mujeres para ampliar el alcance del programa educativo.
- Obtención del **equipamiento informático** para la realización de las charlas (de cara a no discriminar las poblaciones que no disponen de los medios adecuados para ello) con la adquisición de un ordenador portátil y un cañón de proyecciones propios.
- Adquisición de los dominios **mujerycorazon.es**, **mujerycorazon.com** y **mujerycorazon.org** para la futura creación de la página web propia intentando de esa forma llegar al máximo público posible.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

### **OBJETIVOS DEL PROYECTO:**

#### **GENERALES:**

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

#### **ESPECIFICOS:**

- a. Utilizar las inmensas posibilidades de Internet para difundir información sobre las ECV en la mujer, creando la página web [www.mujerycorazon.com](http://www.mujerycorazon.com) dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud para conseguir:
  - ✓ Difundir los resultados y su valoración de la Encuesta de Salud Cardiovascular de las mujeres en Aragón.
  - ✓ Enseñar a las mujeres y a su entorno a identificar precozmente los síntomas del Síndrome Coronario Agudo que permitan reducir el tiempo transcurrido entre la aparición de la emergencia cardiovascular y la prestación de la asistencia requerida.
  - ✓ Mejorar la percepción y el nivel de preocupación que tienen las mujeres del sector acerca de su propio riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.
  - ✓ Difundir el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, de cómo influyen en la aparición y evolución de la enfermedad y de cómo controlarlos o eliminarlos.
  - ✓ Promover cambios en el estilo de vida (hábito dietético, inactividad física, tabaquismo, hábito alcohólico, estrés mental y psicosocial) de las mujeres y de su entorno con el propósito de mejorar el riesgo cardiovascular de la población.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**LINEAS DE ACTUACIÓN:**

1.- Diseño de la pagina web [www.mujierycorazon.com](http://www.mujierycorazon.com) dirigida a pacientes, población general y profesionales de la salud. Dentro de la página web se desarrollará distintos apartados enfocados a los diferentes objetivos que esperamos conseguir:

- ✓ Presentación del grupo y calendario de actividades desarrolladas o por desarrollar por el mismo.
- ✓ Información para profesionales y para población general.
  - Dirigidos a profesionales:
    - Guías de actuación clínica.
    - Información sobre investigación sobre género.
    - Referencias bibliográficas actualizadas.
    - Material divulgativo para charlas y educación para la salud.
    - Links científicos.
    - Calendario de eventos.
  - Dirigidos a mujeres:
    - Foro de opinión y participación.
    - Rincón del paciente (información sobre FRCV, síntomas de alarma del SCA y actuación en caso de emergencia).
    - Correo de contacto para consultas sobre el tema.
    - Material audiovisual sobre las ECV en la mujer.
    - Links con direcciones web de interés sobre el tema.

Este trabajo de diseño y puesta en marcha de la Web, a efectos prácticos se va a dividir en dos apartados, el dirigido a los profesionales, que será efectuado desde el Sector Zaragoza 2, y el apartado dirigido a las pacientes y público general que es el que será desarrollado desde Sector Zaragoza 3. Dadas las características de esta convocatoria, el proyecto se presenta a través de ambos sectores.

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

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

**Responsables: los componentes del Grupo PAMYC con la ayuda externa por parte de una empresa especializada en el campo.**

**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. Diseño de la página web www.mujerycorazon.com.
2. Número de visitas a la página.
3. Número de charlas impartidas.
4. Número de asistentes a las charlas.
5. Número de asociaciones de mujeres que han recibido folletos para la posterior difusión entre sus miembros.

**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: Febrero 2009

Fecha de finalización: 2010

Calendario:

Id	Nombre de tarea	2009											
		1er trimestre			2º trimestre			3er trimestre			4º trimestre		
		feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene
1	Diseño, activación y funcionamiento de la página web	[Barra azul que cubre los meses de febrero a diciembre]											
2	Impartición de las charlas	[Barra azul que cubre los meses de febrero a diciembre]											
3	Edición y reparto de los folletos	[Barra azul que cubre los meses de febrero a diciembre]											
4	Evaluación de los resultados	[Barra azul que cubre los meses de noviembre y diciembre]											
5	Planificación de futuras actuaciones	[Barra azul que cubre los meses de enero y febrero]											

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>
Ayuda económica para el diseño de la página web	1.500
Una inscripción en el Congreso Nacional de Calidad (Sevilla 2009) para presentar una comunicación con los resultados de este Proyecto	500
Desplazamiento y alojamiento para el congreso de calidad	500
<b>TOTAL</b>	<b>2.500€</b>

Lugar y fecha:

Zaragoza 19-02-2009



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**MEJORA CONTINUA DE LA GESTIÓN DEL PROCESO DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL SECTOR 2, HUMS:**

1. **NUEVA REDACCIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE CÁNCER DE RECTO Y CÁNCER DE COLON.**
2. **DISMINUCIÓN DEL USO DE CONCENTRADO DE HEMATÍES EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CCR QUE PRESENTAN ANEMIA.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**EDUARDO J. BAJADOR ANDREU**

Profesión

**MEDICO JEFE DE SECCIÓN,**

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

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.**

Sector de SALUD:

**SECTOR 2, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.**

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

**SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO**

Correo electrónico:

**ebajadora@meditex.es**

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**976 76 55 00 extensión 1836**

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
TERESA MARCUELLO	FEA Radiología	HUMS.
CARLOS HORNDLER	FEA Anat. Patológica	HUMS.
ANDRES MONZON	Jefe Sección Cirugía	HUMS.
MARTIN TEJEDOR	Jefe Servicio Oncología Radioterápica	HUMS.
VICENTE ALONSO	FEA Oncología Médica	HUMS.
SANTIAGO GARCÍA	FEA Digestivo	HUMS.
MARIA PILAR CALMARZA	FEA Bioquímica Clínica	HUMS.
TERESA SANZ PARICIO	Enfermera Superv. Digestivo.	HUMS.

### 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...

El presente Proyecto de Calidad para 2009 se integra en el macroproyecto de **Gestión del Proceso de Cáncer Colorrectal (CCR)**, atendiendo a la metodología de mejora continua, con incorporación de nuevas acciones en relación con las oportunidades de mejora identificadas.

El Cáncer de Colon y Recto (CCR) es un problema de salud de primer orden en nuestro país y en nuestra comunidad. En nuestro Sector se diagnostican en torno a 240 nuevos casos de CCR cada año y por su gravedad y complejidad se trata de un proceso "**crítico**" para nuestra organización

sanitaria. Este tumor precisa de un manejo multidisciplinar que requiere una permanente actualización a todos los profesionales responsables de su tratamiento.

Una organización compleja como la que se ocupa de este Proceso, precisa disponer de un documento actualizado o protocolo de actuación, en el que se refleje toda la evidencia científica disponible al momento actual y sistematice las diferentes opciones de tratamiento existentes en dependencia del grado de extensión del CCR y de la situación del paciente.

Los **Procololos de Cáncer de Colon y de Cáncer de Recto** actuales datan de hace unos 4 años y precisan ser actualizados, mediante la revisión de la bibliografía, para incorporar la evidencia científica más actual, y de las guías de práctica médica y protocolos de otras instituciones.

Otro aspecto que hemos detectado como potencialmente mejorable es el manejo de la anemia en estos pacientes. La **anemia ferropénica hipocrómica** es uno de los hallazgos más frecuentes en este tipo de tumor, en ocasiones el único síntoma como ocurre en muchos casos de colon dcho. (ascendente y ciego), que precisa ser corregido antes de que el paciente sea sometido a tratamiento quirúrgico o quimioterápico. De igual modo, durante la intervención quirúrgica y durante el postoperatorio puede agravarse una anemia preexistente, como consecuencia de las pérdidas en el acto quirúrgico o postoperatorio, la deficiente nutrición, etc. Si bien para su tratamiento cada vez está mas extendido el uso de ferrotterapia intensiva intravenosa, todavía existe un no despreciable número de pacientes que deben ser transfundidos con concentrados de hematíes, para lograr su corrección al no haberse establecido un tratamiento de ferrotterapia iv previo.

Por ello, en el presente ejercicio 2009 nos proponemos incorporar al Proceso de Gestión de CCR las siguientes **acciones de mejora**:

1. **Nueva redacción del Protocolo de Cáncer de Colon y del Protocolo de Cáncer de Recto.**
2. **Disminución del uso de Concentrado de Hematíes en los pacientes diagnosticados de CCR que presentan anemia y potenciar el uso del hierro intravenoso.**

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Desde al año 2005, a raíz de la implantación del **Modelo de Calidad EFQM**, venimos trabajando en el Hospital Universitario Miguel Servet en el desarrollo de la **Gestión del Proceso de CCR**. Durante este tiempo se han desarrollado diversas actividades para facilitar su implantación y otras iniciativas de mejora dirigidas a optimizar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, como:

1. Despliegue completo del Proceso, revisión y reingeniería de todos los subprocesos y actividades, redacción del Documento del Proceso de CCR, definición de los indicadores de cada subproceso e identificación de los puntos críticos.

2. Integración en el Proceso de dos vías de diagnóstico rápido:
  - a) CARE DE SOSPECHA CCR en Colaboración con Atención Primaria, actualmente en funcionamiento y que ha sido evaluada en Dic-08.
  - b) VIA CLÍNICA DE LA RECTORRAGIA en colaboración con el S. de Urgencias, en funcionamiento y que ha sido evaluada en Dic-08.
3. Realización de un estudio de VALOR PREDICTIVO DE LA SINTOMATOLOGÍA PARA CCR:
  - a. Objetivo: conocer el valor predictivo en nuestro medio de los distintos síntomas para ajustar el diseño de los criterios de inclusión en la CARE de CCR y en la Vía Clínica de la Rectorragia.
  - b. En el momento actual se han recogido cerca de 500 pacientes, de los cuales 50 presentan CCR.
  - c. La primera evaluación se ha hecho con 350 pacientes y los resultados se presentaron en el Congreso Nacional de Calidad Asistencial (SECA) celebrado el pasado mes de noviembre en Zaragoza.
4. Participación del Hospital Miguel Servet en el **Proyecto Vikingo** para la mejora de calidad de la cirugía en el Cáncer Rectal mediante la: **"Implantación de la Exéresis Total del Mesorrecto para el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto en el estado español. Un estudio con proceso docente para la formación de equipos multidisciplinares y resultados auditados"**.
  - a. Participan de forma activa Anatomía Patológica, Radiología, Cirugía y Oncología Médica y Radioterápica.
  - b. En la actualidad se han introducido 40 pacientes de nuestro Centro en la base de datos.
  - c. Los resultados son auditados externamente.
5. Conclusión de las Hojas de Registro informático de indicadores de todos los subprocesos para su integración en la base de datos HPDoctor.
6. Asistencia a varias reuniones científicas relacionadas con CCR y participación en ensayos clínicos, con presentación de varias comunicaciones.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

##### REDACCIÓN DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE CANCER DE RECTO Y CANCER DE COLON:

1. Disponer de nuevos Protocolos de Cáncer de Recto y de Cáncer de Colon, actualizados con arreglo a la evidencia científica, a partir de mayo-09.
2. Aprobación por la Comisión Hospitalaria y difusión a todos los servicios implicados y a través de la Intranet a todos los médicos interesados.
3. Aplicación de los mismos en la Gestión del Proceso de CCR, singularmente en la valoración de pacientes por el Comité de Tumores CCR.

##### DISMINUCIÓN DEL USO DE CONCENTRADO DE HEMATÍES EN PACIENTES CON CCR:

1. Disminuir el porcentaje de pacientes con CCR transfundidos en el periodo pre y

postoperatorio desde el 19% actual al 8%, mediante la administración IV de Fe según protocolo y cálculo de dosis que se adjunta al final de este documento.

2. Conseguir que el 90% de los pacientes que vayan a ser intervenidos presenten una Hb mínima de 11 g%.
3. Conseguir que el 80% de los pacientes dados de alta tras el postoperatorio por CCR presenten una Hb mínima de 10'5 g%.
4. Conseguir que los pacientes que van a ser sometidos a quimioterapia presenten una Hb mínima de 10'5%.

## **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

### **REDACCIÓN DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE CANCER DE RECTO Y CANCER DE COLON:**

1. Elaboración de un primer borrador de ambos protocolos: Dr. Bajador y Dr. Alonso.
2. Revisión por todos los miembros del Grupo de Gestión del Proceso del borrador, con redacción de la parte de la que son responsables:
  - a) Dr. Bajador: Diagnóstico.
  - b) Dra. Marcuello: Estadificación por imagen.
  - c) Dr. Horndler: Diagnóstico patológico y estadificación anatomopatológica.
  - d) Dr. Monzón: Tratamiento quirúrgico.
  - e) Dr. Tejedor: Tratamiento oncológico radioterápico.
  - f) Dr. Alonso: Tratamiento oncológico médico.
  - g) Teresa Sanz: revisión de aspectos de enfermería y cuidados paliativos.
3. Redacción del segundo borrador: Dr. Bajador y Dr. Alonso.
4. Revisión del segundo borrador por todos los miembros del Grupo.
5. Redacción de los Protocolos definitivos.
6. Presentación a la Comisión Hospitalaria para su aprobación.
7. Difusión de ambos protocolos entre los miembros de los Servicios implicados en el Proceso y colocación en ambos en la Intranet para poder consultados por todos los profesionales del Sector.

### **DISMINUCIÓN DEL USO DE CONCENTRADO DE HEMATÍES EN PACIENTES CON CCR Y POTENCIACIÓN DEL USO DEL Fe intravenoso:**

1. Sesiones clínicas de sensibilización sobre el tratamiento de la anemia ferropénica hipocrómica con Fe IV en los Servicios de Digestivo, Cirugía Colorrectal y Oncología Médica.
2. Difusión del Protocolo de administración de Fe IV para que esté accesible en estos Servicios.
3. Monitorizar los valores de Hb en el momento del diagnóstico de CCR. Caso de ser inferiores a 11 g%, iniciar tratamiento con Fe IV en régimen ambulatorio (Hospital de Día). Responsable: Médico Gastroenterólogo.
4. Monitorizar los valores de Hb en el postoperatorio inmediato (24-48 horas tras la intervención). Caso de ser inferior a 10,5 g% iniciar tratamiento con Fe IV durante la hospitalización y posteriormente en forma ambulatoria, si es necesario. Responsable: Cirujano Colorrectal.
5. Monitorizar los valores de Hb en la primera consulta de Oncología Médica y caso de ser inferior a 10'5% iniciar tratamiento con Fe IV en régimen ambulatorio (Hospital de Día). Responsable: Oncólogo médico.



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Dos pantallas digitales, tamaño 32 pulgadas, de disposición vertical, para visualización de pruebas de imagen (TAC, RM, etc) por los miembros del Comité de Tumores CCR.  <b>Podrán ser utilizadas por todos los Comités de Tumores.</b>	<b>1.600 euros.</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.600 euros.</b>

ANEXO:

## PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE HIERRO INTRAVENOSO:

Cálculo de la dosis a administrar:

*Adultos y Personas Ancianas:* La dosis total, equivalente al déficit total de hierro (mg), queda determinada por la concentración de hemoglobina y por el peso del paciente, por medio de la siguiente fórmula:

Déficit total de hierro [mg] = peso corporal [kg] x (Hb objetivo - Hb real) [g/l] x 0,24\* + depósito de hierro [mg]

- Menos de 35 kg de peso corporal: Hb objetivo = 130 g/l y depósito de hierro = 15 mg/kg peso corporal

- 35 kg de peso corporal o más: Hb objetivo = 150 g/l y depósito de hierro = 500 mg

\* Factor 0,24 = 0,0034 x 0,07 x 1000 (Contenido de hierro de la hemoglobina 0,34%; Volumen de sangre 7% del peso corporal; Factor 1000 = conversión de g a mg)

*Dosis:* La dosis total única no debe superar 200 mg de hierro que se administrarán como máximo tres veces por semana. Si la dosis necesaria total supera la dosis máxima única permitida, entonces habrá que dividir la administración.

*Administración:* el preparado de hierro (Venofer) se administrará únicamente por vía intravenosa, mediante perfusión intravenosa por goteo. Antes de administrar la primera dosis a un nuevo paciente, deberá administrarse una dosis de prueba de Venofer.

*Perfusión intravenosa por goteo:* Venofer deberá diluirse únicamente en una solución estéril de cloruro de sodio al 0,9% m/V:

- 5 ml de Venofer (100 mg de hierro) en un máximo de 100 ml de solución estéril de cloruro de sodio al 0,9% m/V.
- 10 ml Venofer (200 mg de hierro) en un máximo

Por motivos de estabilidad, no se permiten diluciones de concentraciones menores de Venofer.

La dilución debe efectuarse inmediatamente antes de la infusión y la solución deberá administrarse de la siguiente manera:

- 100 mg de hierro en 15 minutos como mínimo.
- 200 mg de hierro en 30 minutos como mínimo.

Los primeros 25 mg de hierro (es decir, 25 ml de la solución) deberán perfundirse como dosis de prueba, durante un período de 15 minutos. De no producirse ninguna reacción adversa durante dicho período, deberá administrarse el resto de la perfusión a un ritmo no superior a 50 ml en 15 minutos.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  ESTUDIO DE LAS ESTANCIAS INADECUADAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL ORIENTADO A LA MEJORA DE LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.</p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  Nombre y apellidos  Jesús Esarte Muniain</p>
<p>Profesión  Médico Residente Cirugía General</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.)  Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet</p>
<p>Sector de SALUD:  Sector II</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.</p>
<p>Correo electrónico:  <a href="mailto:mherrerolopez@hotmail.com">mherrerolopez@hotmail.com</a></p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:  976 765500 / 976 765595 Ext. 1383</p>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Dra. Herrero López		H. Miguel Servet
2. Dr. Serrablo Requejo	FEA	H. Miguel Servet
3. Dr. Gavín Bercero	FEA	H. Miguel Servet
4. Dr. González Sanz	FEA	H. Miguel Servet
5. Dr. Barranco Domínguez	FEA	H. Miguel Servet
6. Dra. Rodrigo Vinué	MIR	H. Miguel Servet
7. Dra. Sánchez Fuentes	MIR	H. Miguel Servet
8. Dr. Gracia Roche	MIR	H. Miguel Servet

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  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><b>Importancia y Utilidad del proyecto</b>  El aumento de la demanda sanitaria y la limitación de los recursos son la causa de un replanteamiento de la asistencia sanitaria, más acorde con la realidad socioeconómica del nuevo siglo XXI.</p> <p>En los últimos años, la necesidad de ajustar la calidad asistencial a una política de contención de gastos ha promovido la aplicación de distintas estrategias con el fin de intentar aumentar la eficiencia del sistema. Entre éstas destaca el uso de instrumentos de revisión de la adecuación de la estancia hospitalaria como el appropriateness evaluation protocol (AEP).</p> <p>Uno de los aspectos importantes de la calidad de la asistencia es la adecuación de la estancia a las necesidades del paciente hospitalizado. En ocasiones, esta estancia es inapropiada e innecesaria, lo que conlleva un encarecimiento de la atención, una sobrecarga de trabajo y una pérdida de recursos que podrían distribuirse de manera más eficiente.</p>
--



Conocer la magnitud de la estancia inadecuada y sus causas es el primer paso para su reducción, por lo que consideramos este proyecto como necesario para aumentar la efectividad y eficiencia, la calidad de los servicios prestados y la accesibilidad de nuevos pacientes al sistema.

**Situación de partida**

No existe actualmente ningún estudio o monitorización, en el Servicio de Cirugía General, para objetivar aquellas estancias que no sean adecuadas. Si bien, de forma esporádica, se han llevado a cabo estudios breves de características semejantes. En España, desde 1988, se han realizado numerosos trabajos utilizando el AEP mostrando cifras de estancias inadecuadas medias de un 33%.

En el Resumen de la Actividad Codificada por Servicios durante el primer semestre de 2008 se muestra como, en los 10 GRDS más frecuentes, el Servicio de Cirugía General presenta buenos niveles de eficiencia con estancias medias inferiores al grupo de hospitales pero con este proyecto el Servicio pretende llegar a la excelencia en los resultados.

**Objetivo**

Se pretende valorar la magnitud y determinar las causas de las estancias inadecuadas, en el Servicio de Cirugía General, para reducirlas aumentando la efectividad, la eficiencia y la calidad de la asistencia prestada.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

6.1 Obtener la información necesaria para realizar un análisis prospectivo pormenorizado de la estancia hospitalaria de los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General del HUMS, valorando la posibilidad de la reducción tanto de la estancia media como de las estancias evitables o inadecuadas.

6.2 Disminuir aquellos riesgos inherentes a una estancia más prolongada.

6.3 Aportar información que ayude a otros Servicios Quirúrgicos a sistematizar estudios sobre estancias evitables en nuestro centro.

6.4 Determinar la efectividad de implicar a los distintos miembros del servicio, a través de la comunicación de los resultados en nuestras sesiones clínicas.

6.5 Permitir el desarrollo de intervenciones encaminadas a la reducción del uso inapropiado.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se pretende desarrollar un estudio observacional analítico prospectivo en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). El período de estudio comprendido es desde Marzo 2009 hasta Diciembre 2009.

Para definir caso (estancia inadecuada) se utilizará el protocolo de estancias del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP, Protocolo de evaluación del uso inapropiado), desarrollado por Gertman y Restuccia y extensamente usado en Estados Unidos y otros países, incluido España, siendo validado en 1988 por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

Este protocolo consta de 26 criterios que son objetivos e independientes del diagnóstico, y están referidos a la prestación de servicios médicos, de enfermería y la situación clínica del paciente. Así se pretende identificar las estancias inapropiadas y es aplicable en adultos ingresados en servicios médicos y quirúrgicos.

El AEP no evalúa la pertinencia de la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel

asistencial donde ésta se presta, siendo una herramienta útil para la revisión de la utilización de los recursos hospitalarios, para el conocimiento de las estancias e ingresos inadecuados y de las causas que los determinan. En España, donde se ha realizado más de un centenar de estudios de revisión de su utilización, se ha estimado que los ingresos hospitalarios inadecuados se situarían en torno a un 10-30%, y las estancias innecesarias en torno a un 15-40%

Causas de utilización inapropiada.

A.- Ingreso inadecuado

1. Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas
2. El paciente ha sido ingresado para realizar pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas porque el paciente vive muy lejos como para efectuarse ambulatoriamente.
3. El paciente fue admitido para la prueba diagnóstica o tratamiento porque no era posible su programación como paciente externo (aunque el procedimiento podía haberse hecho como pacientes ambulatorios).
4. El paciente requiere institucionalización, pero en un nivel inferior (no especificado), no en un hospital de agudos.
5. El paciente requiere cuidados en un hospital de crónicos
6. El paciente requiere cuidados típicos de una residencia asistida (con enfermería especializada).
7. El paciente requiere cuidados típicos de una residencia de cuidados mínimos (con enfermería no especializada).
8. Admisión prematura un día o más previos al objetivo del ingreso.

B. Causas de estancias inapropiadas

*Para pacientes que necesitaron continuar ingresados en el hospital por causas médicas.*

1. Problemas para la programación de la intervención.
2. Problemas en la programación de pruebas o procedimientos no operatorios.
3. Admisión prematura.
4. No disponibilidad de quirófano.
5. Retraso debido a la semana de 40 horas (p. Ej. procedimientos que no se realizan en fin de semana).
6. Retraso en la recepción de resultados de pruebas diagnósticas o consultas, necesarias para posterior evaluación o tratamiento.
7. Otros (especificar).

*Para pacientes que no necesitaron continuar ingresados en el hospital por causas médicas.*

Responsabilidad del médico o del hospital

Retraso en escribir la orden de alta

Retraso en iniciar a tiempo la planificación del alta

Tratamiento médico del paciente demasiado conservador

No existe un plan documentado para el tratamiento activo o la evaluación del paciente.

Otros (especificar)

Responsabilidad del paciente o de la familia

Ausencia de familiar para cuidados en el hogar

Familia no preparada para cuidar al paciente en el hogar

El paciente o la familia rechazan una alternativa disponible y apropiada de cuidados alternativos.

Otros

Atribuible al entorno

El paciente proviene de un entorno no saludable. Debe permanecer en el hospital hasta que el entorno se vuelva aceptable o se encuentre un lugar alternativo.

El paciente está convaleciente de una enfermedad y se prevé que su estancia bajo cuidados alternativos podría ser menor de 72 horas.

**No se dispone de lugares de cuidados alternativos**

No se dispone de cuidados alternativos para el tratamiento (atención a domicilio)

Otros (especificar).

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

De los criterios expuestos anteriormente, hemos recalcado los que consideramos que podemos mejorar y con ello disminuir la estancia inadecuada y sus efectos adversos.

Fases del proyecto:

1. Diseño de hoja de recogida de datos. Definiciones.
2. Información en sesión clínica.
3. Evaluación de casos.
4. Análisis de resultados.
5. Presentación al Servicio y diseño de opciones de mejora.

**Se pretende que el número de estancias inadecuadas sea < 20% de las estancias totales del Servicio.**

**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 llevará a cabo una evaluación de las historias clínicas por dos o más cirujanos del servicio con cierto grado de experiencia y entrenamiento previo en el uso del AEP. Posteriormente se podría contar con dos revisores externos.

Se utilizarán en la revisión todos los documentos contenidos en la historia clínica ( ingreso, evolución, indicaciones médicas, hojas de enfermería, interconsultas...etc. ) y se realizará una recogida activa de información para evitar situaciones que pueden no estar reflejadas en la historia clínica, como por ejemplo, las condiciones sociales de cada paciente, la presión de la familia..etc, que pueden actuar como factor de confusión

**INDICADORES**

- 1.- % de ingresos inadecuados.
- 2.- % de estancias inadecuadas.
- 3.- % de pacientes con efectos adversos.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Comienzo de las actividades una vez confirmada la aceptación del Proyecto.

Período de desarrollo, de aproximadamente 9 meses, antes de la presentación de los resultados.

Calendario:

<b>Actividades 2009</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
1.- Diseño de hoja de recogida de datos				X								
2.- Información en sesión clínica				X								
3.- Evaluación de casos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.- Análisis de resultados				X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.- Presentación al Servicio y diseño de opciones de mejora												X

**10.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Ordenador portátil	1500 euros
<b>TOTAL</b>	<b>1500 euros</b>

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  <b>MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A LOS PACIENTES DE CIRUGÍA TORÁCICA AL AUMENTAR LA EFICACIA EN LA MONITORIZACIÓN DE CONSTANTES VITALES BÁSICAS CON LA TORRE INTEGRADA DE TOMA DE CONSTANTES.</b></p>
--

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  <b>Nombre y apellidos Ana Anguas Gracia</b>  <b>Profesión: D.U.E.</b>  <b>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.)</b>  <b>Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza</b>  <b>Sector de SALUD: Área 2</b>  <b>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Planta 4ªA</b>  <b>Correo electrónico: ana.anguas@hotmail.com</b>  <b>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765567 Ext. 1461 o 1465</b></p>
---

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Mª Pilar Gómez del Pulgar Escudero	Supervisora	Planta 4ªA
2 Francisca Martínez Lozano	D.U.E	Planta 4ªA
3 Mercedes Rodríguez Ollero	D.U.E	Planta 4ªA
4 Carmen Carriquiri Milian	D.U.E	Planta 4ªA
5 Mª Ángeles Hernaez Mayoral	D.U.E	Planta 4ªA
6 Rosario Belascoain	D.U.E	Planta 4ªA
7 Ana Zueras Mazón	D.U.E	Planta 4ªA

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>          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>Las constantes vitales son uno de los parámetros más importantes a la hora de valorar el estado hemodinámico en el que se encuentra una persona. Básicamente podemos hablar de cuatro tipos de constantes vitales, presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y saturación de O<sup>2</sup> (básica en nuestra especialidad), y se precisa de al menos cuatro aparatos (termómetro, esfigmomanómetro, pulsioxímetro digital y toma manual del pulso con reloj).</p> <p>Los anteriores aparatos medidores a veces no están disponibles todos ellos en el momento de la toma de las constantes por Enfermería lo que obliga a duplicar o triplicar este tiempo según dicha disponibilidad interrumpiendo los Cuidados enfermeros en los pacientes con los efectos adversos y riesgos que esto conlleva y que la automatización de las tareas previene.</p> <p>Además la recalibración de estos aparatos no es segura, por lo que con el tiempo, las constantes que miden son como mínimo aproximadas.</p> <p>La toma manual de frecuencia-pulso está modificada por múltiples factores, unos dependientes de la enfermera (sensibilidad, experiencia, prisa...) otros por el paciente (obesidad, pulso filiforme...).</p> <p>La existencia en el mercado de una torre compacta de pequeño tamaño fácilmente</p>
---

transportable con autonomía suficiente que realiza todas estas funciones con registro digital y autocalibrado sugiere una mejora tanto en la calidad como en el tiempo empleado en la toma de constantes.

No obstante, y teniendo en cuenta que en la planta hay dos controles y trabajamos un mínimo de una Enfermera en cada uno y un máximo de tres, vemos obvio que el empleo de una torre de constantes es cuando menos un problema, ya que ¿quién hace uso de ella?

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Ya sea al ingreso, al llegar a planta procedente de U.C.I., o de quirófano, o ante una reagudización de su patología valoraremos:

- Aumentar la exactitud de las constantes básicas
- Mejorar la Calidad de esta tarea
- Rentabilizar y por tanto aumentar la eficacia del tiempo empleado en esta tarea, sin menoscabo del resto de Cuidados de Salud sobre el paciente al evitar interrupciones
- Automatizar de forma eficiente las tareas de Enfermería

Demostrar que, al utilizar como herramienta de valoración del paciente la tabla de constantes, la monitorización de este, se realiza con una eficacia y una eficiencia superior a la que se viene desarrollando a través de la monitorización con herramientas individualizadas, dando más confianza en la valoración diagnóstica.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Se desea realizar un estudio comparativo, prospectivo y transversal, por lo que es descriptivo, en la toma de constantes de FORMA TRADICIONAL y con la TORRE DE CONSTANTES.

Nuestro estudio se desarrollará con pacientes que estén ingresados en la Unidad de Cirugía Torácica del HUMS, realizándose sobre un número de cinco pacientes diarios. En tomas de mañana y tarde, de lunes a viernes, lo que hace un total de 100 tomas.

Criterio de exclusión: Pacientes con ingreso < 24 horas.

Se registrará las siguientes variables cuantitativas:

- Tiempo empleado por paciente en la toma de constantes de ambas formas.
- Tiempo empleado en la totalidad de los pacientes de ambas formas.
- Nº de sucesivas visitas para tomar todas las constantes.
- Coincidencia de los valores manuales con los digitales de la TORRE.

**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

Estadística descriptiva de todas las variables: proporciones, media, desviación estándar

Estadística analítica bivalente: significación estadística si  $p < 0,05$

Utilización de programa estadístico SPSS para significación estadística.

Valoración de publicación en revista especializada de Enfermería.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Febrero 2009: Presentación de la solicitud de inclusión al programa de apoyo.
- Marzo 2009: Presentación del programa al personal de la planta 4ªA del H.U.M.S.
- Abril 1º y 3º semana: Toma de constantes tanto de forma tradicional como con la TORRE en el mismo momento y paciente para comparar y validar el sistema.
- Mayo 1º y 3º semana: Recogida de variables según método tradicional.
- Mayo 2º y 4º semana: Recogida de variables según método con TORRE.
- Junio: Integración y evaluación de los datos.
- Junio última semana: Presentación de los resultados, y toma de decisiones.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Apoyo de una enfermera más en los turnos de mañana y tarde para la realización del estudio, debido a las cargas laborales que se sufre en la planta.	No se considera necesario el apoyo a través de una enfermera.
Una torre de toma de constantes con soporte. Marca: Dinamap.	La dotación económica en este apartado será tasada por el H.U.M.S. por la reciente compra de una torre de constantes de este tipo.
Programa informático tipo Excel para la recogida de datos.	El que se utiliza en el hospital.
Programa informático SPSS.	El que se utiliza en Salud.
Graficas para la recogida de datos.	Realizaríamos una gráfica personalizada y la fotocopiaríamos.
<b>TOTAL</b>	

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO <b>INFORMATIZACIÓN Y EXPLOTACIÓN DE NUESTRA ACTIVIDAD ASISTENCIAL</b>
---

2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO
Nombre y apellidos <b>RAUL EMBUN FLOR</b>
Profesión <b>CIRUJANO TORÁCICO</b>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET Y CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA</b>
Sector de <b>SALUD: II</b>
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. <b>SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA</b>
Correo electrónico: <b>raulzgz@hotmail.com</b>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: <b>976765597 635492179</b>

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
IÑIGO ROYO CRESPO	FEA	HUMS Y HCULB
JUAN JOSÉ RIVAS DE ANDRÉS	Jefe de Serv.	HUMS Y HCULB
PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA	Coordinador grupo Calidad	HUMS Y HCULB
ELENA RAMÍREZ GIL	MIR	HUMS Y HCULB
PATRICIA MENAL MUÑOZ	MIR	HUMS Y HCULB
JORGE HERNÁNDEZ FERRANDEZ	MIR	HUMS Y HCULB
JOSE LUIS RECUERO DÍAZ	MIR	HUMS Y HCULB

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 implantación del sistema informático HP.DOCTOR en los servicios clínicos, representa un gran avance en la utilización y consulta conjunta de la actividad asistencial de los hospitales y Centros de Salud de nuestra Autonomía.
Sin embargo el rendimiento particular para cada Servicio con fines investigadores y posterior creación y seguimiento de la implantación de nuestro protocolos es pobre.
En la evaluación anual de nuestro Servicio se observó <b>como punto débil susceptible de mejora</b> el escaso impacto en publicaciones de nuestro Servicio.
Se analizaron las causas y se puntualizó como principal el exceso trabajo que supone los estudios retrospectivos que invariablemente precisa de la consulta de la Historia Clínica del paciente, en ocasiones imposible por ser Servicio de referencia de otros Hospitales.
Se analizaron las <b>posibilidades de mejora</b> , y se concluyó que era necesario además del HP.DOCTOR un sistema <u>asociado de base de datos</u> que permitiera de forma sencilla la introducción de todos los parámetros necesarios para fomentar la DOCENCIA y la INVESTIGACIÓN tanto de nuestro Servicio como los de otros profesionales afines a nuestra patología asistencial dadas las peculiares circunstancias de nuestro Servicio, siendo referencia para toda la Comunidad Autónoma y prestando servicio a los dos únicos Hospitales de Tercer Nivel.
Durante estos últimos meses se contactó con otros Servicios de Cirugía Torácica, principalmente con los más "publicadores" interesándonos en las bases de datos que utilizaban, siendo el del Hospital Clínico de Salamanca el más próximo a nuestras necesidades, contactando con el equipo (Empresa privada) que informatizó dicho Programa.



**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Este proyecto cumple los criterios recogidos en la actual convocatoria para la selección de proyectos de mejora del 27 de Enero del 2009 en cuanto a:

- Mejorar la utilización de los recursos
- Aplicación de experiencias llevadas a cabo con éxito en otros centros o unidades de otras Comunidades Autónomas.
- Mayor facilidad en la evaluación del contenido y del uso de guías, protocolos y vías clínicas utilizadas en nuestro Servicio y adaptarlo de acuerdo a conocimientos basados en la evidencia.
- Mejora de la continuidad de la asistencia que reciben los pacientes al estimular la labor investigadora (comunicaciones, publicaciones y Tesis) de todos los componentes del Servicio, en especial de los Médicos Internos Residentes, al facilitar la explotación de nuestros datos
- La obligada codificación de todos nuestros procedimientos según el CIE-9-MC facilitará la posterior codificación por el **S. de Documentación Clínica** para obtener los CMBD.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1º Conexión con el programa principal para que toda la información asistencial quede integrada en el actual sistema HP.DOCTOR como lo es en el momento actual

2º Codificación interna de todos nuestros diagnósticos y procedimientos con traducción al sistema internacional CIE-9-MC de forma que en el INFORME de ALTA hospitalaria conste invariablemente esta última codificación internacional.

3º Información a todos los Servicios de los cuales somos referencia del proyecto y consiguientes implicaciones.

4º Informatización de aquellas variables previamente consensuadas con la debida **confidencialidad** en el manejo de los datos.

5º Facilitar y fomentar los estudios clínicos con intención de aumentar nuestro impacto de publicaciones en revistas especializadas.

**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

La evaluación se realizará de forma anual a partir de la revisión de un número representativo de Historias Clínicas elegidas de forma aleatoria, atendiendo a los siguientes indicadores:

INDICADOR	ESTANDAR
% de Pacientes incluidos en la Base de Datos / Nº de altas emitidas en HP Doctor	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 (2009)</i>
-------	---

% de variables no cumplimentadas en la Base de Datos / Total de variables incluidas	90%
Las excepciones al segundo indicador incluirían pérdida de información o defectos en la inclusión de los datos.	

<b><u>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</u></b> Indicar el calendario de las actividades previstas
Durante los meses de Marzo y Abril se procederá a la elaboración del documento por parte de nuestro Servicio y al contacto con los Jefes de aquellos Servicio que pudieran estar implicados. El resto del calendario dependerá del responsable informático.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Programa informático, adecuación a nuestro entorno e instalación</i>	1990
<i>Ordenador de sobremesa</i>	900
TOTAL	2890

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**PORCENTAJE DE CAMBIOS EN LA ACTITUD TERAPÉUTICA TRAS LA VISUALIZACIÓN DE UNA RX DE TÓRAX DE CONTROL TRAS LA RETIRADA DE UN DRENAJE TORÁCICO.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Primitivo Martínez Vallina

Profesión

MIR 2º año Cirugía Torácica

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Sector de SALUD:

II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Servicio Cirugía Torácica

Correo electrónico:

p.martinezv@ono.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 1463

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Jorge Hernández Ferrandez	FEA	H. U. Miguel Servet
2 Juan J. Rivas de Andrés	Jefe Serv.	H. U. Miguel Servet
3 Iñigo Royo Crespo	FEA	H. U. Miguel Servet
4 Raul Embún Flor	FEA	H. U. Miguel Servet
5 Elena Ramirez	MIR	H. U. Miguel Servet
6 Patricia Menal	MIR	H. U. Miguel Servet
7 J. Luís Recuero	MIR	H. U. Miguel Servet

### 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...

El protocolo de retirada del drenaje torácico recoge la realización de una RX posterior al mismo y que condiciona el alta del paciente.

La observación diaria parece prever como innecesaria esta RX.

Un cambio en el protocolo para evitar la variabilidad de este procedimiento necesitaría sustentarse en una evidencia científica para eliminar la necesidad de esta Rx pre-alta.

Es por ello que promovemos un estudio prospectivo y aleatorio en 100 pacientes a los que a 50 se le realiza la RX post-retirada del drenaje y a 50 no se les realiza dicha RX y observaremos en el primer grupo en cuantos y en que condicionamientos esta RX supuso un cambio en la actitud del alta posterior de igual manera observaremos los reingresos en los pacientes de este grupo. En el segundo grupo daremos el alta sin realizar esta RX y observaremos los reingresos existentes y cuantos de ellos se hubieran evitado con una RX pre-alta.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

si el estudio confirmara nuestra percepción inicial, se podría:

- 1 evitar unas 600 RX de tórax anuales.
- 2 evitar estancias inadecuadas como consecuencia del retraso en realizar esta prueba.
- 3 evitar radiaciones innecesarias.
- 4 con todo ello aumentar la eficiencia del protocolo "retirada de drenajes"

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Las áreas de mejora recogidas en el anexo de la convocatoria de la presente beca sobre la que se pretende actuar son:

- Evaluación del contenido y del uso de guías, protocolos y vías clínicas utilizadas en los centros o unidades, elaborados o adaptados de acuerdo a conocimientos basados en la evidencia.
- Mejora de la seguridad de los pacientes, mediante la introducción de herramientas y procedimientos que disminuyan los riesgos de sufrir accidentes u otros sucesos adversos en el transcurso de la atención recibida.
- Mejora de los procesos asistenciales que determinan la atención recibida por los pacientes (entrevista, exploración, adecuación de pruebas complementarias y/o interconsultas, registro de historia clínica, diagnóstico, control y seguimiento, tratamientos, resultados de salud...).

**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

Nº de cancelación ( Grupo A) de altas tras Rx/ Grupo A (50 pac)x100

Nº reingresos Grupo A/ Grupo A (50 pac)x100

Nº de reingresos GrupoB / Grupo B (50 pac) x100

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

6 meses recogida de datos

2 meses análisis de los mismos

1 mes cambio del protocolo "retirada del drenaje" si procede

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Pantalla plana 40" para el Servicio para utilizar en Videoconferencia Soporte informático necesario	1500
TOTAL	1500

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
**VÍA CLÍNICA DE LOBECTOMIA PULMONAR**

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Nombre y apellidos

**IÑIGO ROYO CRESPO**

Profesión **CIRUJANO TORÁCICO**

Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) **HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET Y CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA**

Sector de **SALUD: II**

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. **SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA**

Correo electrónico: [ircres@hotmail.com](mailto:ircres@hotmail.com)

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976765597 654416563**

### **BREVE CURRÍCULUM EN TEMAS DE CALIDAD-GESTIÓN**

#### CURSOS Y PONENCIAS.

- Moderador en el XXXIX Congreso Nacional SEPAR del Área Clínica-G.T. Gestión Clínica: Póster Discusión. Lunes 5 de Junio (16.00-17.00 horas). Sevilla. Junio de 2006.
- Secretario y profesor en el "II Curso de Cirugía Torácica para enfermería". Zaragoza, del 15 al 17 de Noviembre de 2006. Impartido en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
- Curso de Elaboración de Proyectos de Mejora de la Calidad. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, 6-15 de Noviembre de 2007.
- Curso SEPAR para Residentes: "De la formación a la práctica en Neumología y Cirugía Torácica. San Lorenzo del Escorial, 24 y 25 de Abril de 2008.
- Ponente en el X Curso de Actualización Neumológica para Médicos de Atención Primaria. Dolor Torácico: Tratamiento. Ilustrísimo Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza. 10 de Abril de 2008.
- Asistencia al Taller sobre seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Diciembre de 2008. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**COMUNICACIONES A CONGRESOS**

- 1.- Vía clínica de Neumonectomía. Una herramienta de trabajo asistencial sólida, efectiva y eficiente.**  
P. Mtnez, J. G<sup>a</sup> Tirado, **I. Royo**, R. Embún, F. Mtnez, JJ. Rivas de Andrés  
III Jornadas de Trabajo sobre Calidad en Salud. Zaragoza 16-17 Junio 2004
- 2.- Aplicación de la vía clínica de neumonectomía. Tres años de experiencia frente a la variabilidad.**  
P. Martínez, JJ. Rivas de Andrés, J. García, F. García, **I. Royo**, F. Mtnez  
XXII Congreso S. Española de Calidad Asistencial. Las Palmas 6-8 Oct 2004
- 3.- Cirugía Mayor Ambulatoria integrada dentro de un Servicio de Cirugía Torácica. Dificultades de aplicación.**  
P. Martínez, JJ. Rivas de Andrés, J. García, P. Gómez, R. Embún, **I. Royo**  
VI Jornadas Aragonesas Cirugía Ambulatoria. Zaragoza 10-11 Marzo 2005
- 4.- Cirugía Mayor Ambulatoria con recursos propios, dentro de un Servicio de Cirugía Torácica.**  
**I. Royo**, P. Martínez, JJ. Rivas de Andrés, J. García, R. Embún, JR. García  
XXIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.  
Cádiz. 17-20 Octubre 2005.
- 5.- Vía Clínica (VC) de Neumonectomía: ¿Moda o herramienta útil de trabajo para el cirujano torácico?.**  
**I. Royo**, JJ. Rivas de Andrés, P. Martínez, J. García, R. Embún, JR. García  
XXIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial.  
Cádiz. 17-20 Octubre 2005.
- 6.- Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria dentro de una Unidad de Cirugía Torácica.**  
**I. Royo**, P. Martínez Vallina, JJ. Rivas de Andrés, J. G<sup>a</sup> Tirado, R. Embún,  
C. Calvo, P. Gómez del Pulgar  
XV Reunión Nacional de Cirugía. Sevilla. 25-28 Octubre 2005.
- 7.- Vía Clínica (VC) de Neumonectomía: ¿Moda o herramienta útil para el cirujano torácico?**  
**I. Royo**, JJ. Rivas de Andrés, P. Mtnez, J. García, R. Embún, JR. G<sup>a</sup> Mata  
II Congreso Sociedad Aragonesa Calidad Asistencial. Zaragoza 21 -6- 2006.
- 8.- Cirugía Mayor Ambulatoria con recursos propios, dentro de un Servicio de Cirugía Torácica.**  
**I. Royo**, P. Mtnez, JJ. Rivas de Andrés, J. García, R. Embún, JR. G<sup>a</sup> Mata  
II Congreso Sociedad Aragonesa Calidad Asistencial. Zaragoza. 21 de Junio de 2006.
- 9.- Tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis palmar y/o axilar en régimen de CMA. Experiencia en nuestro Servicio.**  
E. Ramírez, P. Menal, **I. Royo**, R. Embún, P. Martínez, J. García,  
JJ. Rivas de Andrés.  
VII Jornadas Aragonesas sobre Cirugía Ambulatoria. Zaragoza. 1 y 2 de Marzo de 2007.



**PUBLICACIONES****1.- Aplicación de la vía clínica de neumonectomía. Tres años de experiencia frente a la variabilidad.**

P. Martínez, JJ. Rivas de Andrés, J. García, F. García, **I. Royo**, F. Mtnez  
 Revista de Calidad Asistencial 2004; 19(Extraordin 1): 89

**2.- Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria dentro de una Unidad de Cirugía Torácica.**

**I. Royo**, P. Martínez Vallina, JJ. Rivas de Andrés, J. G<sup>a</sup> Tirado, R. Embún,  
 C. Calvo, P. Gómez del Pulgar  
 Cirugía Española 2005; 78 (Supl 1): 17

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 RAUL EMBÚN FLOR	C.TORÁCICO	HUMS Y HCULB
2 JUAN JOSÉ RIVAS DE ANDRÉS	C.TORÁCICO	HUMS Y HCULB
3 PRIMITIVO MARTINEZ VALLINA	C.TORÁCICO	HUMS Y HCULB
4 JAVIER GARCÍA TIRADO	C.TORÁCICO	HUMS Y HCULB
5		
6		
7		

**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...

A día de hoy, la lobectomía pulmonar supone la causa más frecuente de ingreso programado en nuestro Servicio.

Hemos detectado que la lobectomía, en nuestro medio, se haya caracterizado por los siguientes problemas:

- La lobectomía pulmonar adolece de una importante variabilidad clínica como proceso multidepartamental que es (Cirujanos, Anestesiólogos, Intensivistas, Enfermería,...). Ello lleva acarreado la existencia de estancias inadecuadas en el Servicio de UCI y en la planta de hospitalización, derivadas de la errónea toma de decisiones y de la demora de las mismas.
- Disminución de la calidad asistencial proporcionada por los profesionales, secundaria a dicha variabilidad en la toma de decisiones.
- Disminución de la calidad percibida por los propios pacientes dada la incertidumbre generada a raíz de los dos puntos anteriores.
- No hay que olvidar, por otro lado, la problemática que se suscita también en el plano docente, dado que todo lo anterior redundaría en una peor calidad formativa, a este respecto, de los médicos internos residentes a cargo de los distintos servicios que forman parte de este proceso.

Si bien la lobectomía pulmonar está supeditada a la comentada variabilidad clínica, existen estudios que han demostrado que la implantación de una vía clínica en este proceso permite una atenuación de dicho problema con un aumento de la calidad y una reducción de los costes hospitalarios. Ejemplo de ello son los siguientes trabajos:

- Wright CD, Wain JC, Grillo HC. Pulmonary lobectomy patient care pathway: a model to control cost and maintain quality. Ann Thorac Surg. 1997 Aug;64(2):299-302.
- Zehr KJ. Standardized clinical care pathways for major thoracic cases reduce hospital costs. Ann Thorac Surg 1998 Sep;66(3):914-9.

Es por todo lo anterior y amparándonos en la existencia de una vía clínica de neumonectomía elaborada en el año 2000, vigente en nuestro Servicio y con una utilidad ya comunicada en distintos Congresos, creemos que la implantación de una nueva vía clínica va a redundar en una mejora de los problemas detectados y comentados anteriormente.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Disminuir la variabilidad del proceso "lobectomía".
- Disminuir las estancias inadecuadas tanto en la Unidad de Cuidados Intensivos, como en la planta de hospitalización.
- Mejorar la calidad asistencial en cuanto a la información y cuidados recibidos por el paciente.

- Potenciar la labor docente facilitando la toma de decisiones entre Médicos Internos Residentes.
- Facilitar la labor asistencial de Enfermería.
- Servir como experiencia modelo tanto en el ámbito de la Comunidad Autónoma como a nivel nacional.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Presentación de la vía clínica de lobectomía a la Unidad de Calidad Asistencial:
  - Hojas de verificación.
  - Cronograma.
  - Hoja de información al paciente.
- 2.- Corrección de los distintos aspectos que pudieran surgir.
- 3.- Comunicación a los responsables de los Servicios implicados en el proceso de la eminente puesta en marcha de la vía
- 4.- Puesta en marcha de la vía clínica.
- 5.- Evaluación por parte del responsable de la vía clínica a través de los indicadores establecidos.
- 6.- Comunicación al responsable de la Unidad de Calidad Asistencial de dicha evaluación de manera trimestral el primer año y, posteriormente, de manera anual.

### 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

La evaluación se va a llevar a cabo de forma anual a partir de los siguientes indicadores:

INDICADOR	ESTÁNDAR
% de vías clínicas cumplimentadas / Total de pacientes lobectomizados	100%
% de pacientes lobectomizados dados de alta de UCI a las 24h / Total de pacientes lobectomizados	60%
% de pacientes lobectomizados dados de alta antes del sexto día de postoperatorio / Total de pacientes lobectomizados	60%

Las excepciones a los dos últimos estándares vendrán determinadas por causas médicas en el primer caso, y médicas y/o sociales en el último.

Aunque estos tres son los indicadores más importantes, se podrán ver ampliados en dependencia de la evolución de la vía clínica.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.- Presentación a la UCA												
2.- Corrección												
3.- Comunicación Servicios												
4.- Puesta en marcha												
5.- Evaluación												
6.- Comunicación de resultados												

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
TOTAL	

# PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

## 1.- TÍTULO

**Mejora de la información proporcionada al paciente, al ingreso, en las unidades de hospitalización (área materno-infantil y cuidados críticos)**

## 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CONCHITA MARTINEZ CASAMAYOR

Profesión

DUE

Lugar de trabajo

Hospital Universitario Miguel Servet. Unidad Cirugía General

Correo electrónico

cmartinezc@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 Ext: 1380

## 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MERCEDES MARTIN VALENCIANO	DUE	HUMS (UROLOGÍA)
EUGENIA CABERO GABASA	AUX	HUMS (UROLOGÍA)
LIRIA JIMENEZ	DUE	HUMS (UCA)

## 4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En los últimos años las organizaciones sanitarias han sufrido profundas transformaciones en todos los ámbitos. Han pasado de ser organizaciones prestadoras de servicios orientados por los profesionales, a seguir Modelos organizativos centrados en los usuarios, con la finalidad de cumplir sus expectativas.

En las dos últimas décadas el Sistema Sanitario Español ha atravesado un proceso importante de transformación, parejo a una creciente inquietud por parte de los pacientes o usuarios de los servicios sanitarios de estar debidamente informados y de involucrarse en todo lo relacionado con su salud; inquietud compartida por todos los agentes involucrados en la asistencia sanitaria.

La irrupción de Internet y el creciente interés de los medios de comunicación por los temas de salud han sido uno de los elementos dinamizadores de estos cambios. Está apareciendo un nuevo tipo de usuario de los servicios sanitarios, que podría denominarse el "usuario informado".

Podemos distinguir dentro de la información que demanda el paciente dos vertientes, sobre el proceso de su enfermedad, y en la acogida del paciente a su ingreso.

En la acogida del paciente a su ingreso, los indicadores que nos determinan la situación dentro del Hospital Universitario Miguel Servet, son recogidos básicamente a través de dos tipos de encuestas, una en el periodo de hospitalización y otra en la posthospitalización.

Desde 1998 se realiza una encuesta de satisfacción a sus usuarios posthospitalización. En concreto la pregunta N° 4, "¿Le entregaron a su llegada a la planta información escrita sobre las normas a seguir durante su estancia?" hace referencia a dichos indicadores. Los resultados referentes a los tres hospitales en el periodo 2003-2007 han seguido la misma tónica, estando sus resultados en área de especial problemática en calidad (**60-70%**) o áreas críticas de calidad (**<60%**), aún habiéndose realizado mejoras en el formato (formato tríptico), y actualizaciones jus tin time.

Ante estos datos se plantea la necesidad de mejorar el sistema de información al paciente en el momento de su ingreso en áreas de hospitalización materno-infantil y en cuidados críticos, complementando las mejoras efectuadas, mediante carteles que proporcionen una información continua, accesible y de fácil comprensión y elaborando trípticos con el mismo formato para reforzar la información suministrada al usuario. Por ello planteamos la hipótesis de que "la presencia de carteles en las unidades de hospitalización materno-infantil y de cuidados críticos que contengan información general, mejoraría la satisfacción del usuario respecto a la información recibida.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aumentar la satisfacción de los usuarios en las áreas de hospitalización materno-infantil y cuidados críticos, consecuente a una mejora en la información.
- Existencia de información escrita disponible de manera permanente, para el paciente y familiares en espacios fijos.
- Dar a conocer al paciente que la organización ha planificado sus intervenciones en el momento de la acogida.
- Evitar posibles efectos adversos, derivados de problemas en la comprensión de la información facilitada a los usuarios.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- Realización de carteles informativos en las áreas de hospitalización materno-infantil y cuidados críticos, con la especificidad que precisen las características de las Unidades.
- Un tamaño DIN-A3, junto a un sistema de exposición adecuado nos permitirá ubicarlos en lugares estratégicos, de fácil acceso para el paciente.

## 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### Proceso

- Numero de carteles tipo informativos a realizar
- Numero de carteles tipo informativos realizados
- N° total de carteles informativos a realizar
- % de carteles realizados

Formula:  $\frac{\text{Numero de carteles tipo informativos realizados}}{\text{Numero de carteles tipo informativos a realizar}}$

Estándar: 100%

Formula:  $\frac{\text{Numero de carteles informativos realizados}}{\text{Numero de carteles informativos a realizar}}$

Estándar: 100%

### Resultado

- % de pacientes con respuesta afirmativa a la pregunta 4 de encuesta de post-hospitalización

Formula:  $\frac{\text{Numero de pacientes con respuesta afirmativa}}{\text{Numero total de pacientes}}$

Estándar: Este indicador ha de mejorar los resultados obtenidos en el último periodo.

- N° personal de enfermería informado sobre contenido del cartel.
- N° total de personal de enfermería en las áreas de hospitalización materno-infantil y cuidados críticos.

Formula:  $\frac{\text{N° personal enfermería informado sobre contenido de carteles}}{\text{N° personal enfermería en las áreas de hospitalización materno-infantil y cuidados críticos}}$

Estándar: 100%



**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 de 2009

Fecha de finalización: Marzo de 2010

Caleandario: CRONOGRAMA

OBJETIVO

**Caleandario/Cronograma**

AÑO 2009/2010	A	My	J	JL	Ag	Se	O	N	D	E	F	M	A
Diseño carteles tipo en HMI													
Diseño carteles tipo en áreas de críticos													
Adecuación trípticos al diseño de carteles													
Difusión al personal de nuevos modelos informativos													
Colocación carteles e implantación de trípticos													
Control de variación de % satisfacción del usuario													

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Diseño del cartel informativo (maquetación e ilustraciones)</i>	<i>400 euros</i>
<i>Impresión del cartel informativo que recoja las normas de funcionamiento en las áreas de hospitalización materno-infantil y cuidados críticos. Aprox. 200 unidades</i>	<i>1530 euros</i>
<i>Revisión de trípticos para su adaptación a los carteles informativos</i>	<u><i>Sin presupuestar.</i></u>
<b>TOTAL</b>	<b>1930 euros</b>

Lugar y fecha: Zaragoza 24/02/2009

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Mejora en el diagnóstico y tratamiento de las onicomicosis producidas por hongos miceliales no dermatofitos, y pacientes que sólo presentan positiva la observación microscópica.
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos M <sup>a</sup> Luisa Zubiri Ara
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc). Dermatología Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: mluisazubiri@comz.org
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765500 ext2720

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Antonio Rezusta López	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
2 Estrella Simal	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
3 M <sup>a</sup> Nieves Porta Aznárez	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
4 M <sup>a</sup> Rosa Baldellou Lasierra	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
5 M <sup>a</sup> Milagros Sánchez Hernandez	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
6 Rosa García Felipe	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
7 Ricardo Martín Marco	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet
8 Ana Morales Callahan	FEA Dermatología	Hospital Universitario Miguel Servet

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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 piel es un órgano que juega un papel muy importante en la socialización a lo largo de la vida.

La onicomicosis es una infección por hongos de las uñas de los pies o de las manos. En España se ha establecido una prevalencia de 2.6% de la población. Sin embargo, otros estudios –como el proyecto Achilles, que estudia resultados de 20 países europeos– ofrece otros datos muy superiores (un 29,6% de la población afectada) a los publicados previamente, lo que hace pensar en un incremento real de esta patología.

La frecuencia con la que se afecta la población depende mucho de la edad, siendo infrecuente en los niños pero llegando incluso al 20% en la población adulta en EEUU.

La infección no tratada puede afectar a una o varias uñas, origina entumecimiento, hormigueo, o dolor, además de que las uñas engrosadas pueden ser difíciles de cortar, interfiriendo incluso la marcha. En el caso de las onicomicosis de las manos, los empresarios son reacios a contratar personas con las uñas alteradas, particularmente para trabajos en los haya que manipular alimentos o trabajos que interaccionan con el

público. Los pacientes pueden tener problemas para realizar tareas relacionadas con escribir o mecanografiar. Además, las onicomosis pueden precipitar infecciones bacterianas secundarias incluso de la importancia de la celulitis.

El agente que con mayor frecuencia produce infección de las uñas en nuestro medio es *T. rubrum*, que también es el agente más frecuente en el mundo, siendo el segundo *T. mentagrophytes var. interdigitale*. En las uñas de los pies varía la proporción de hongos no dermatofitos que pueden aislarse como agentes etiológicos de onicomosis, que suele estar cercana al 11%.

Parece ser que hay una predisposición familiar, tanto para padecer tiña del pie como onicomosis, y es en estos casos en los que resultaría más interesante el estudio familiar como método para el control definitivo de la infección. La onicomosis del pie es precedida de tinea pedis, y pueden detectarse hongos en el pie cuando no se aíslan en uña, este dato puede ayudar en el diagnóstico.

El diagnóstico de las onicomosis no puede realizarse únicamente con criterios clínicos, requiere la confirmación por parte del laboratorio. Esto es algo que no se tiene en cuenta a la hora de instaurar tratamientos con frecuencia, ya que la mayoría de los tratamientos los ponen los médicos de atención primaria y originan menos carga diagnóstica (25%) que los dermatólogos que son los que más diagnósticos correctos realizan (datos propios)

La confirmación diagnóstica por parte del laboratorio ha demostrado ser más coste-efectiva que el tratar todos los pacientes, sin evidencia microbiológica.

El diagnóstico de tinea unguium, presenta dificultades especiales en relación a otras micosis, pues la toma de muestra requiere tiempo y experiencia.

Diagnóstico convencional: La demostración de estructuras fúngicas (hifas y artoconidias) en la observación microscópica de la muestra clínica y en el cultivo seguido de la identificación del hongo causante. Esta combinación ha sido considerada como "gold estándar". Sin embargo la sensibilidad de ambos métodos es baja. Sin embargo, es frecuente la aparición de casos positivos por observación microscópica que no crecen en el cultivo (10-50%); 37% en nuestro medio (datos propios). La situación contraria es frecuente alrededor de un 5-15%, en la que sólo el cultivo es positivo.

El cultivo convencional presenta varios problemas, requieren mucho tiempo para realizar un diagnóstico definitivo, hay que esperar al cultivo y posterior identificación; teniendo en cuenta que el tiempo recomendado de incubación son cuatro semanas, después hay que realizar la identificación. Cuando es negativo y la observación microscópica (en nuestro caso un 37%) no se puede conocer el agente. Otras veces crecen hongos que tiene que demostrarse su valor patógeno, que crecen como contaminantes, pero que pueden tener valor, tras aislamiento repetido y si es la observación microscópica positiva.

En la interpretación se considera que el aislamiento de un dermatofito es diagnóstico, en el paciente con lesión ungueal, pero el crecimiento de un hongo no dermatofito tiene muchas dificultades diagnósticas, ya que requiere la observación microscópica positiva y cultivo repetido, sin embargo teniendo en cuenta, que es frecuente la observación microscópica positiva y el cultivo negativo, no podemos estar seguros de la ausencia de un dermatofito y que este no crece y sí lo haga un hongo saprofito, aunque se aisle dos veces.

#### JUSTIFICACIÓN:

Aproximadamente el 11% de los pacientes en los que se aísla un hongo, este es un posible contaminante, pero puede tener valor si se observa y cultiva repetidas veces.

El 37% de los diagnósticos de onicomosis se basan sólo en la observación de el hongo, pero no en el crecimiento, por lo que no se puede orientar correctamente el tratamiento.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Realizar atención basada en procesos.

Mejorar el diagnóstico en los pacientes que padecen onicomicosis con observación microscópica positiva y cultivo negativo, no pueden tratarse de acuerdo con el agente etiológico, al repetir la toma aumenta la probabilidad del aislamiento del agente

Mejorar el diagnóstico en los pacientes con observación microscópica positiva y crecimiento de hongo no dermatofito, requiere el aislamiento repetido para establecer el papel patógeno, al introducir la repetición de toma de muestra como criterio.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

El mismo método que actualmente, incorporando la repetición de la muestra, en este momento, llamamos por teléfono al paciente, pero no tenemos el cumplimiento del 100%, para mejorarlo contaremos con el compromiso de ambas partes Microbiología y Dermatología. Microbiología realiza la llamada, si el paciente no es localizable o no viene Dermatología la vuelve a mandar cuando va a la consulta. Responsables Microbiología y Dermatología.

Seguir el mismo criterio en los pacientes que sólo dan positivo la observación microscópica, sin conseguir resultados en el cultivo (repetir la toma de muestra), Responsables Microbiología de la toma de muestra y Dermatología de que el paciente se la realice, cuando no haya venido tras la llamada desde Microbiología.

## 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:

Porcentaje de pacientes con observación microscópica positiva y cultivo negativo

Área relevante:	HUMS	
Dimensión:	Científico-técnica-Efectividad	
Criterio de calidad:	Mejorar la seguridad de los pacientes al administrar el tratamiento más adecuado, evitando tratamientos incorrectos	
Justificación:	El tratamiento de la onicomicosis no es inocuo, es largo y caro	
Fórmula:	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con observación positiva cultivo negativo}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con cultivo positivo y/o observación microscópica positiva}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	La onicomicosis es una patología frecuente, pero no todas las alteraciones de la uñas son onicomicosis, el tratamiento ante otra patología, por un diagnóstico incorrecto, es caro y no libre de efectos secundarios	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	No hay	
Fuente de datos:	Datos de Microbiología	
Población:	Todos los pacientes con alteración de la uña visitados en Dermatología y remitidos a Microbiología	
Responsable obtención:	El Servicio de Microbiología y Dermatología	
Periodicidad	Anual	

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Porcentaje de pacientes con observación microscópica positiva y cultivo positivo para hongos miceliales no dermatofitos		
Área relevante:	HUMS	
Dimensión:	Científico-técnica-Efectividad	
Criterio de calidad:	Mejorar la seguridad de los pacientes al administrar el tratamiento más adecuado, evitando tratamientos incorrectos	
Justificación:	El tratamiento de la onicomicosis no es inocuo es largo y caro	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con observación positiva cultivo para hongos no dermatofitos}}{\text{Nº de pacientes con cultivo positivo y/o observacion microscópica positiva}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	La onicomicosis por hongos miceliales no dermatofitos es relativamente frecuente, pero es mucho más frecuente que uña no infectadas crezcan hongos contaminantes, es fundamental establecer cuando es contaminante y cuando es el agente de la infección	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	No hay	
Fuente de datos:	Datos de Microbiología	
Población:	Todos los pacientes con alteración de la uña	
Responsable obtención:	El Servicio de Microbiología y Dermatología	
Periodicidad	Anual	

<b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b> Indicar el calendario de las actividades previstas
Reunión para la organización de la recogida de muestra en Marzo Comienzo de los estudios microbiológicos en Abril Evaluación en junio 2009 y enero 2010

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS

<u>Material/Servicios</u> Cepas de referencia, que sirven indefinidamente al poder hacerse archivos	<u>Euros</u>
Bibliografía	300€
Publicaciones	300€
Estufa	600€
Dermatoscopio	300€
TOTAL	1500€

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN NUESTRO CENTRO.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**SANTIAGO GARCÍA LÓPEZ**

Profesión

**MEDICO GASTROENTEROLOGO, FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA**

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

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.**

Sector de SALUD:

**SECTOR 2, HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET.**

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

**SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO**

Correo electrónico:

**sgarcia.lopez@gmail.com**

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

**976 76 55 00 extensión 1837**

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 EDUARDO BAJADOR	FEA Digestivo	HUMS.
2 MARIA PILAR CALMARZA	FEA Bioquímica Clínica	HUMS.
3 JOSE ANTONIO GARCIA	FEA Hematología	HUMS.
4 SONIA GALLEGO	FEA Digestivo	HUMS.
5 RAQUEL VICENTE	FEA Digestivo	HUMS.
8 CARLOS LOPEZ	Enfermero Supervisor Hospital de día.	HUMS.

### 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 anemia ferropénica es muy frecuente en los pacientes tratados en un Servicio de Aparato Digestivo. De hecho, aunque varía en función del sexo y grupos etarios, la principal etiología de este tipo de anemia es la patología digestiva. Además de entidades tan prevalentes e importantes como las neoplasias, mención especial merece la anemia asociada a la enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EII). Así, hasta un tercio de los pacientes con enfermedad de Crohn tienen anemia, de patrón mixto, multifactorial, asociada al proceso inflamatorio crónico y a déficit de hierro. De hecho, si nos referimos a la existencia de ferropenia sin anemia, la prevalencia es tan



elevada en la EII que podríamos incluso decir que es “la norma” en estos pacientes. Por otra parte, numerosas evidencias han demostrado que la anemia, e incluso la “simple” ferropenia, influyen muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos y en su rendimiento social, laboral y académico.

A pesar de todo esto, desgraciadamente con frecuencia los médicos no prestamos a la anemia la atención necesaria y no la tratamos hasta que alcanza niveles “preocupantes” para nosotros. Por otra parte, su tratamiento tiene importantes diferencias respecto al de otros tipos de anemia y requiere un abordaje específico, con dos aspectos esenciales: 1) cuantificar los dos componentes habituales en la génesis de la anemia, ferropenia y anemia de proceso crónico y 2) adecuado tratamiento de ambos. En este tratamiento merece mención especial la frecuente necesidad de uso de hierro intravenoso. La mayoría de las guías EII recomiendan el uso del hierro intravenoso para corregir la ferropenia en la EII cuando la hemoglobina sea < 10,5 gr/dl. En esta situación, las nuevas formulaciones de hierro intravenoso (hierro sacarosa en estos momentos y otras en el futuro), seguras y de rápida acción permiten agilizar la recuperación de la anemia y todo lo que ello conlleva en el paciente.

Ya hace unos años hemos empezado a administrar en régimen de hospital de día hierro intravenoso a nuestros pacientes con EII, pero de forma no todo lo reglada que nos gustaría. Dos son los problema esenciales: 1) falta de registro y comprobación real de la eficacia e impacto que está teniendo nuestra actuación sobre los pacientes y 2) mejorar la colaboración con hematología, sobre todo en algunos casos concretos, con anemia de proceso crónico asociada que requieren manejo específico y soporte por parte de dicho servicio y que podría beneficiar mucho a algunos enfermos.

Con todo ello pretendemos mejorar la asistencia a nuestros pacientes.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

**MEJORA DEL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, APLICANDO EL TRATAMIENTO MEJOR DISPONIBLE.**

1. Colaboración con hematología en el manejo de los casos complejos, que se beneficiarán claramente de este abordaje multidisciplinar. El objetivo es normalizar la hemoglobina (criterios OMS) y los depósitos férricos.
2. Disminución de la necesidad de transfusiones en estos pacientes

**RECOGIDA Y REGISTRO DE LOS DATOS DE EFICACIA (ANALÍTICA Y SI ES POSIBLE IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA)**

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**ADECUADA DETECCIÓN DE LA ANEMIA EN CONSULTAS Y ESTUDIO CORRESPONDIENTE.**

1. Renovación del protocolo de tratamiento de la anemia y concretamente en la EII (Dr. García López y Dr. García Erce).
2. Sesiones clínicas intra servicio de sensibilización del problema al resto de miembros del servicio de atención de pacientes con EII.
3. Difusión del protocolo correspondiente.
4. Detección de los casos y adecuado estudio diagnóstico, en consultas monográficas y en ambulatorio (responsables):
  - a) Dr. García.
  - b) Dra. Gallego.
  - c) Dra Vicente.
5. Adecuado soporte diagnóstico: Dra. Calmarza y Dr García Erce (servicio de bioquímica y hematología)

**INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO MEJOR DISPONIBLE, HIERRO +/- ERITROPOYETINA EN ALGUNOS CASOS.**

6. Consultas monográficas y ambulatorio, de las que son responsables:
  - d) Dr. García.
  - e) Dra. Gallego.
  - f) Dra Vicente
7. Soporte terapéutico multidisciplinar, para casos complejos, en los que se valora el uso de eritropoyetina: Dr García Erce.

**REGISTRO DE DATOS Y EFICACIA**

8. Creación de una base de datos con los campos necesarios para la evaluación y extracción de datos requeridos; de forma resumida sería:
  - g) Datos epidemiológicos y de filiación.
  - h) Datos analíticos y cuestionarios, previos a iniciar el tratamiento.
  - i) Datos analíticos y cuestionarios, posteriores al tratamiento

**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

**REDACCIÓN DE LOS NUEVOS PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA EII:**

1. Evaluación: se considerará cumplido el objetivo cuando esté redactado y aprobado por la Comisión Hospitalaria correspondiente:
  - a. Indicador 1: Aprobación Protocolo de tratamiento de la anemia en la EII.

**OPTIMIZACIÓN DEL USO DE HIERRO INTRAVENOSO**

1. Evaluadores: Eduardo Bajador y María Pilar Calmarza
2. Evaluación: cada 3 meses.
3. Indicadores:
  - a) Porcentaje de pacientes con EII y anemia, sometidos a tratamiento con hierro iv que normalizan la hemoglobina tras fin del tratamiento (Mujeres 12

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

gr/dl, varones 13 gr/dl). Objetivo: > 80%.

**RECOGIDA Y REGISTRO DE LOS DATOS DE LOS PACIENTES TRATADOS**

1. Evaluadores: Eduardo Bajador y María Pilar Calmarza
2. Evaluación: cada 3 meses.
4. Indicadores: idealmente control de datos demográficos y de cifras analíticas previas y posteriores al tratamiento en todos los pacientes tratados.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

PROYECTO DE CALIDAD 2009-2010. INICIO: ABRIL-09.

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Protocolo tratamiento de la anemia en la EII												
Optimización de uso y recogida de datos												
Evaluación												

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenador portatil para recogida de datos	<b>900 euros.</b>
TOTAL	<b>900 euros.</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
**OPTIMIZACIÓN DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL:  
 POTENCIANDO LA TERAPIA SECUENCIAL.**

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**  
 Nombre y apellidos  
 Reyes Abad Sazatornil  
 Profesión  
 FARMACÉUTICA . JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA  
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  
 HOSPITAL  
 Sector de SALUD:  
 ZARAGOZA II  
 En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar.  
 Indicar el servicio o unidad.  
 SERVICIO DE FARMACIA  
 Correo electrónico:  
 rabads@salud.aragon.es  
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
 976765552/ 976765500 ext 2571

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1.RAQUEL ARRIETA	FARMACÉUTICA	S. FARMACIA. HUMS
2 JOSEFA CARCELÉN	FARMACÉUTICA	S. FARMACIA. HUMS
3 ISABEL VILLAR	FARMACÉUTICA	S. FARMACIA. HUMS
4. Mª JESÚS CHOPO ALCUBILLA	SUPERVISORA	S. NEUROLOGÍA
5 Mª JESÚS LORENTE GENZOR	SUPERVISORA	S. NEUMOLOGÍA
6 TERESA SANZ PARICIO	SUPERVISORA	S. DIGESTIVO
7 JOSE RAMÓN ARA	JEFE DE SERVICIO	S. NEUROLOGÍA
8 PENDIENTE DESIGNAR		S. NEUMOLOGÍA
9 EDUARDO BAJADOR	J SECCIÓN	S. DIGESTIVO

El Coordinador de Calidad es conocedor del nº de personas.

**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 el hospital a través del Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias se había observado con frecuencia que los pacientes mantenían el acceso venoso y la administración de medicamentos por vía IV varios días después de que el paciente pudiera utilizar la vía oral, es decir existía un escasa cultura de sustitución rápida de la

vía parenteral a oral.

Se denomina **terapia secuencial** a la sustitución de un fármaco administrado por vía parenteral por el mismo fármaco o bien por un equivalente terapéutico por vía oral.

1 Desde hace aproximadamente 20 años han aparecido publicados numerosos estudios dirigidos a demostrar las ventajas en cuanto a efectividad terapéutica y ahorro económico de los programas de conversión precoz de tratamiento intravenoso (IV) a oral (PO) realizados con fármacos cuya bioequivalencia oral esta demostrada y en pacientes seleccionados. Estos programas presentan innumerables ventajas: mejorar la seguridad mediante la disminución de las complicaciones asociadas a la vía intravenosa (se puede originar flebitis e infección nosocomial asociada al acceso venoso), un mayor confort para el paciente en la administración del medicamento, movilidad e independencia, menor tiempo de preparación del medicamento y administración más sencilla, lo que implica un menor tiempo de dedicación del personal de enfermería, un ahorro económico en la adquisición de los medicamentos y la posibilidad de reducir la estancia hospitalaria gracias a un alta precoz.

Para poder implantar un programa de terapia secuencial se deben cumplir una serie de condiciones relacionadas con la situación clínica del paciente y con la naturaleza del medicamento:

Condiciones del paciente

- 1 • El paciente debe estar clínica y hemodinámicamente estable.
- 2 • En el caso de terapia secuencial con antibióticos, debe apreciarse una mejoría de los signos y síntomas de la infección: paciente afebril, recuento de leucocitos normalizado.
- 3 • Tracto gastrointestinal funcionante: ausencia de síndromes de malabsorción, hemorragia digestiva, íleo postquirúrgico,...
- 4 • Ausencia de náuseas, vómitos, riesgo de aspiración o diarrea severa.
- 5 • Tolerancia para la vía oral en las últimas 24 horas: dieta sólida o alimentación por sonda.
- 6 • En pacientes con nutrición enteral, el residuo gástrico debe ser inferior al 50% de la cantidad infundida por hora.
- 7 • No debe existir indicación clínica para la vía intravenosa, por ejemplo en infecciones en las que la penetración tisular del antibiótico sea pobre.

Condiciones del medicamento

- 1 • Formulación oral del fármaco disponible; en caso de administración por sonda, disponibilidad de una formulación oral líquida o de formas sólidas que puedan triturarse.
- 2 • Adecuada biodisponibilidad de la formulación oral, que permita alcanzar concentraciones plasmáticas y tisulares adecuadas.
- 3 • En el caso de antibióticos, elevado índice área bajo la curva/concentración mínima inhibitoria (AUC/MIC) para el microorganismo a tratar.
- 4

## 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Objetivo principal: Mejorar el uso racional y seguro de los medicamentos en el hospital: mediante la reducción de los riesgos y los costes asociados a la vía de administración intravenosa.

Objetivos específicos:

Disminuir la duración media de la terapia IV agilizando el paso de la vía IV a oral de los siguientes medicamentos: omeprazol, paracetamol y levofloxacino.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**Las unidades objeto de intervención serán: Neumología, Neurología y Digestivo.**

1. Sesión informativa a los facultativos y personal de enfermería comunicando el consumo de medicamentos por vía IV y la posibilidad de optimizar recursos con la terapia secuencial.
2. Consensuar la forma de actuación con los responsables facultativos y los de enfermería de las unidades implicadas.
3. Elaboración de unos posters informativos de las opciones de terapia secuencial y protocolo de actuación.
4. Elaboración de unas notas para sugerir al médico la posibilidad de sustitución de la vía IV a oral, cuando se estime conveniente.
5. Implantación de la actuación intensiva durante tres meses.
6. Evaluación de resultados (trimestral) por parte del servicio de farmacia.
7. Difusión de resultados obtenidos a los servicios implicados.

Las actividades las realizará cada farmacéutica en su área de responsabilidad:

Digestivo : Raquel Arrieta

Neumología: Isabel Villar

Neurología: Josefa Carcelén





**10.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Impresión de carteles informativos</i>	600 €
<i>Fotocopiadora multifunción de color con scanner</i>	800 €
TOTAL	1.400 €

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><u>1.- TÍTULO</u></p> <p>ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL HOSPITAL. DIFUSIÓN Y EVALUACIÓN DE LA GUIA DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE MEDICAMENTOS</p>
--

<p><u>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</u></p> <p>Nombre y apellidos RAFAEL HUARTE LACUNZA</p>
<p>Profesión FARMACÉUTICO. FEA</p>
<p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET</p>
<p>Sector de SALUD: SECTOR II</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE FARMACIA</p>
<p>Correo electrónico: rhuarte@salud.aragon.es</p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500/ 976765552 Ext 2574</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 (2009)</i>
-------	---

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raquel Arrieta Navarro	Farmacéutica. FEA.	S. Farmacia. HUMS
Nieves Serrano Mislata	FIR	S. Farmacia. HUMS
Cristina Vicente Iturbe	FIR	S. Farmacia. HUMS
José Manuel Real Campaña	FIR	S. Farmacia. HUMS
Elisa Soler Giner	FIR	S. Farmacia. HUMS
M <sup>a</sup> Carmen Serrano Vicente	FIR	S. Farmacia. HUMS
Isabel Varela Martínez	FIR	S. Farmacia. HUMS
Rosa Sánchez	Supervisora	S. Farmacia. HUMS

4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
<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>...</p> <p>El servicio de farmacia recibe numerosas consultas sobre las condiciones correctas de administración de los medicamentos y sobre estabilidad. Por otra parte, en un estudio piloto para detectar errores de medicación realizado en el Hospital, se detectaron un porcentaje considerable de errores relacionados con la administración, entre otros un 19,4% de errores de hora de administración, un 6,12% de errores de preparación en planta y un 5,1% de errores de técnica de administración equivocada.</p> <p>La correcta administración de medicamentos es un factor decisivo en el resultado de la terapéutica.</p> <p>También la unidad de formación de enfermería había detectado la necesidad de formación del personal sobre prácticas correctas de administración de medicamentos y había solicitado la colaboración del Servicio de Farmacia.</p> <p>Para dar respuestas a las necesidades de información y formación se propuso la elaboración de una guía de administración parenteral de medicamentos.</p> <p>Un estudio realizado por el Servicio de Farmacia del Hospital Son Dureta para valorar el impacto de una guía similar a la que aquí se plantea, concluyó que el personal de enfermería la consideraban útil, era consultada con frecuencia y las enfermeras declaraban que cambiaron un considerable número de métodos de preparación y administración con respecto a períodos anteriores. La guía fue considerada como el método preferido para disponer de información en las unidades de enfermería.</p> <p>En el año 2008 se ha elaborado la guía de administración y se propone para este año la difusión de la misma tanto en formato papel como a través de la intranet del hospital y posteriormente evaluar a través de una encuesta su utilidad y adecuación a las necesidades de información del personal de enfermería. Además se propone completar esta guía con la elaboración de carteles que sinteticen la información en determinados grupos de medicamentos como los antibióticos. Asimismo se propone la elaboración de carteles para mejorar la administración de fármacos por vía parenteral en pediatría. Así se pretende contribuir a evitar los errores de dilución, dosificación y administración en este grupo de población donde a menudo se carece de información contrastada sobre el uso de los medicamentos.</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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Se ha elaborado la guía para administración de fármacos por vía parenteral con una primera fase de recogida de la información y otra posterior de elaboración de la guía que incluye más de 300 principios activos, con datos de presentación farmacéutica, reconstitución, vías de administración, sueros compatibles y observaciones sobre estabilidad. Se ha cumplido así con el indicador del año 2008 de elaboración de la guía y queda pendiente su presentación al personal de enfermería, su difusión (en papel e intranet) y la evaluación de su adecuación a través de una encuesta.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. OBJETIVO GENERAL: Mejorar la utilización de medicamentos en las unidades de enfermería
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:
  - Incrementar la formación del personal sanitario en el uso correcto de los medicamentos
  - Mejorar la administración de medicamentos: incrementar la eficacia, y disminuir los efectos adversos, contribuyendo por tanto a un uso más seguro
  - Evaluar las necesidades de información y formación del personal de enfermería en materia de administración de medicamentos

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Presentación de la Guía en una sesión de enfermería ( Responsable: R. Huarte)
- Difusión a través de la Intranet ( Responsable: R. Huarte)
- Edición impresa de la Guía ( Responsable: R. Huarte)
- Elaboración de póster informativos sobre administración parenteral de los antibióticos incluidos en guía en pediatría y en adultos ( Residentes farmacia)
- Diseño de una encuesta para valorar el impacto de la guía y evaluar su adecuación a las necesidades de información del personal de enfermería ( R. Huarte y R. Arrieta)
- Realización de la encuesta al personal de enfermería (R Sanchez)
- Proponer medidas correctoras en caso necesario y como resultado de la encuesta.( R. Huarte y R. Arrieta).
- Búsqueda información bibliográfica sobre administración correcta de los medicamentos incluidos en Guía por sonda nasogástrica dirigida a la elaboración de una guía en 2010.

### **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

Los indicadores son:

1. Existencia de la Guía de administración de medicamentos en papel y en formato electrónico ( objetivo 100%)
2. Realización de la encuesta de satisfacción y evaluación de su utilidad.( objetivo 100%)
3. Realización de carteles sobre Condiciones de estabilidad y administración de los antibióticos en adultos.
4. Realización de carteles sobre Condiciones de estabilidad y administración de los antibióticos por vía parenteral en pediatría.
5. % Unidades de enfermería que manejan medicamentos que disponen de la Guía en papel.
6. % Unidades de enfermería con carteles sobre administración de medicamentos. ( Objetivo 80%)
7. % de supervisoras con nivel de satisfacción alto-muy alto sobre la utilidad de la guía ( objetivo 70%).

### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: marzo 2009

Fecha finalización: marzo 2010

Calendario:

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	10
Presentación de la guía en sesión de enfermería			X										
Diseño de la encuesta para su evaluación				X									
Disponibilidad de la Guía en la Intranet				X									
Edición y difusión de la Guía impresa				X	X								
Realización de la encuesta						x							
Recogida información sobre administración antibióticos y medicamentos parenterales en pediatría y adultos				X	X	X	X	X	X				
Elaboración de carteles y distribución a las unidades de enfermería										X	X	X	X
Búsqueda información bibliográfica sobre administración correcta de los medicamentos incluidos en Guía por sonda nasogástrica											X	X	X



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES VIH +: INFORMACIÓN AL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE INTERACCIONES.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

HERMINIA NAVARRO AZNAREZ

Profesión

FARMACÉUTICA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sector de SALUD:

SECTOR ZARAGOZA II.

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE FARMACIA

Correo electrónico:

hnavarro@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765552/ 976765500 ext 2575

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Reyes Abad Sazatornil	Jefe de Servicio	S. Farmacia HUMS
José Manuel Real campaña	FIR	S. Farmacia HUMS
Piedad Arazo Garcés	FEA. Responsabl Unidad	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Elisa Soler Giner	FIR	S. Farmacia HUMS
Ascensión Pascual Catalán	FEA	Unidad enfermedades infecciosas HUMS
Cristina Gomez Baraza	FIR	S. Farmacia HUMS
Iciar Cañamares	FIR	S. Farmacia HUMS

### 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...

Los actuales tratamientos antirretrovirales (TAR) son la base del adecuado control virológico e inmunológico de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hasta el punto de que han modificado la historia natural de la enfermedad, aumentando considerablemente la supervivencia y dando paso a una "cronificación" de la infección. Sin embargo, todavía hoy, la falta de adherencia al TAR es uno de los principales factores de fracaso terapéutico y de selección de resistencias virales<sup>1-5</sup>.

El Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, en su más reciente documento de consenso, define la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) para los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como "la capacidad del paciente de implicarse

correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”, de forma que la falta de adherencia no es exclusivamente un porcentaje determinado de dosis omitidas. La adherencia, a corto y largo plazo, es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: aceptación del diagnóstico, percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, motivación para hacerlo, disposición y adquisición de habilidades para llevarlo a cabo, capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

Para incrementar esta adherencia han demostrado ser efectivas las estrategias de intervención individualizadas, con asesoramiento personal tratando de adaptar el tratamiento a los hábitos de vida del paciente y proporcionando estrategias de resolución de problemas. Estas estrategias deben implementarse de forma multidisciplinar., siendo el farmacéutico uno de los miembros del equipo que junto con el médico y personal de enfermería contribuirán a resolver las dudas y problemas que el paciente presente al inicio y a lo largo del tratamiento, debiendo entre otros aspectos asegurarse de que el paciente conoce la posología y condiciones correctas de administración( dosis, frecuencia, presencia o ausencia de alimentos, relación con los hábitos de vida, etc)... informar de los efectos adversos más frecuentes de su terapia , como minimizarlos y las interacciones más importantes de esos fármacos.

Si esta clara la relación que existe entre adherencia y conocimiento del paciente de la terapia y de la importancia de un cumplimiento correcto en la eficacia del tratamiento, este hecho adquiere especial importancia en aquellos pacientes que se enfrentan por primera vez a la necesidad de TAR, como sucede con los pacientes naive o bien en los pacientes multitratada, objetos ambos de nuestro plan.

Existe un programa informático INFOWIN, orientado a la información del paciente al alta o en consultas externas, que proporciona un cronograma horario de la medicación que el paciente debe tomar, incluye también la imagen del envase del medicamento, instrucciones de administración e información general sobre el fármaco: modo de prescripción, mecanismo acción, efectos adversos, etc. Pero parte de esta información se considera innecesaria y por otro lado existen algunos aspectos que se consideran poco abordados, por eso se propone a partir de la información suministrada por INFOWIN, realizar modificaciones para adaptarlo a lo que el equipo multidisciplinar: médicos de la unidad de enfermedades infecciosas y farmacéuticos de la unidad de pacientes externos consideran nivel y contenido optimo de información en cada medicamento.

En pacientes VIH la probabilidad de que los resultados clínicos alcanzados con la TAR se vean afectados por las interacciones medicamentosas es elevada. Algunos trabajos muestran que un 96% de los pacientes recibiendo TAR presentan como mínimo una situación clínica y/o utiliza un medicamento adicional que podría generar la aparición de problemas de inseguridad o inefectividad de la terapia antirretroviral. Por tanto, la identificación, prevención y manejo de las interacciones medicamentosas clínicamente relevantes se considera un aspecto de gran trascendencia en la consecución de los objetivos terapéuticos en la farmacoterapia en este grupo de pacientes.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

El proyecto se inicio en 2007 durante el cual se realizó una encuesta para valorar por la calidad percibida por los pacientes que acuden a la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE).

En el 2008 se inicio el proyecto de mejora de atención farmacéutica al paciente VIH, centrando la actuación en la información al paciente naive y para ello se han realizado las siguientes actividades:

1. Selección de los fármacos antirretrovirales de utilización en pacientes naive
2. Consensuar la información escrita a proporcionar en la primera dispensación de



- un fármaco a un paciente naive que inicia tratamiento.
3. Entrevista del farmacéutico a los pacientes naive que inician TAR, con entrega de información escrita además de la información verbal sobre los fármacos prescritos y consulta en las sucesivas visitas para valorar la existencia de algún problema relacionado con la medicación (PRM).
  4. El porcentaje de pacientes naive informados ha sido del 89%.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Objetivos principal: Conseguir mediante la información y formación al paciente VIH una elevada adherencia al TAR y disminuir los problemas relacionados con la TAR mediante la prevención de las interacciones de mayor relevancia clínica

Objetivos específicos:

- Disponer de una información normalizada y consensuada dirigida al paciente de los principales antirretrovirales utilizados en pacientes naive y pacientes multitratados.
- Mejorar la seguridad de la TAR mediante la información de los efectos adversos de los fármacos e interacciones o asociaciones de fármacos que deben evitar
- Mejorar la adherencia al TAR mediante la atención farmacéutica al paciente VIH.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**La responsable de todas las actividades previstas será las Dra Navarro (Servicio de Farmacia) que contará con el apoyo de la Dra P. Arazo de Infecciosas pero el trabajo será realizado principalmente por los miembros del Servicio de Farmacia.**

1. Elaboración y actualización de la información escrita dirigida al paciente naive y al multitratado en los cambios de tratamiento..
2. Consensuar la información escrita dirigida al paciente con el servicio de enfermedades infecciosas
3. Entrega de información escrita además de la información verbal sobre los fármacos prescritos y consulta en las sucesivas visitas para valorar la existencia de algún problema relacionado con la medicación (PRM).
4. Estimar la adherencia al TAR mediante un doble método: control de las dispensaciones y medicación pendiente de consumir antes de la siguiente dispensación, y encuesta validada de adherencia.
5. Realizar una entrevista a los pacientes VIH (seleccionando una muestra representativa) para registrar tratamiento VIH y tratamiento concomitante incluyendo fitoterapia.
6. Valorar la incidencia de interacciones y la trascendencia clínica de las mismas.
7. Análisis y difusión de los resultados para establecer medidas para minimizar PRM.
8. Extraer las conclusiones del proyecto de mejora planteado.

## 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

**% pacientes informados**=Nº Pacientes VIH+ naive que inician tratamiento en 2009 que reciben información escrita y oral/Nº pacientes VIH+ naive que inician tratamiento ( estándar >95%).

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

Este indicador será contabilizado sólo para aquellos pacientes cuya terapia de inicio se ajusta a las recomendaciones del Consejo asesor del SIDA.

% Pacientes VIH+ multitratados que reciben información escrita y oral ( Estandar > 40% último trimestre)

**Valoración de la adherencia:**  $\frac{N^{\circ} \text{ Unidades dispensadas} - N^{\circ} \text{ Unidades devueltas} \times 100}{N^{\circ} \text{ Unidades devueltas}}$

Valoración adherencia= puntuación obtenida en la encuesta validada

La valoración de la adherencia se realizará como mínimo al 1000% de los pacientes Estándar 100% ( muestra representativa).

**Valoración de las interacciones** = % pacientes con valoración de su farmacoterapia asociada a la TAR( incluyendo la fitoterapia)  
Estándar 100% ( muestra representativa)

Realización de un informe dirigido a la unidad de Infecciosas informando de las interacciones más importantes.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Actividades 2009 Fecha inicio: febrero 09	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	E- M 10	2010
1. Seleccionar fármacos antirretrovirales objeto de la actuación	X	X	X	X	X								
2.-Elaborar informes fármacos antirretrovirales objeto de la actuación		X	X	X	X								
3.-Consensuar información					X	X	X	X					
4.- Entrega de Información escrita paciente VIH naive	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
5.- Entrega de Información escrita paciente multitratado con cambio de tratamiento										X	X	X	
6. Realizar encuesta de adherencia	X	X	X	X	X								
7. Estimar la adherencia a TAR					X	X	X	X	X	X	X	X	
8. Entrevista al paciente para valorar IMM	X	X	X	X	X								
9. Valorar incidencia y trascendencia de las interacciones							X	X	X	X	X	X	
10. Análisis y difusión de los resultados											X	X	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 (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Bolsas opacas para la dispensación de medicamentos a los pacientes</i>	600 €
<i>Fotocopiadora color</i>	900 €
TOTAL	1500 €

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p><b>IMPLANTACIÓN DE LOS ASPECTOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LAS GAMMACÁMARAS RECOGIDOS EN EL PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN MEDICINA NUCLEAR</b></p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos ALMUDENA GANDÍA MARTÍNEZ</p> <p>Profesión ESPECIALISTA EN RADIOFÍSICA HOSPITALARIA</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET</p> <p>Sector de SALUD: SECTOR ZARAGOZA II</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE FÍSICA</p> <p>Correo electrónico: agandia@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976-76-55-49</p>
--

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 DOLORES ABÓS OLIVARES	JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR	HOSPITAL U. MIGUEL SERVET
2 EVA M <sup>a</sup> BERMUDO GARCÍA	TÉCNICO EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN	HOSPITAL U. MIGUEL SERVET
3 ARTURO DÍAZ DORMIDO	TÉCNICO EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN	HOSPITAL U. MIGUEL SERVET
4 EVA M <sup>a</sup> DOMINGO HIJAR	TÉCNICO EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN	HOSPITAL U. MIGUEL SERVET
5 M <sup>a</sup> PILAR EGEA VILLANUEVA	TÉCNICO EN DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN	HOSPITAL U. MIGUEL SERVET
6		

**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...

El Real Decreto 1841/1997 de 5 de diciembre por el que se establecen los criterios de calidad en Medicina Nuclear, se dirige a la protección radiológica del paciente y exige la implantación de un Programa de Garantía de Calidad en las Unidades Asistenciales de Medicina Nuclear.

Durante el pasado año 2008, el servicio de Medicina Nuclear ha elaborado un nuevo PGC para ser sometido a la aprobación de la Sección de Aprobación e Inspección de Centros Sanitarios. El capítulo 12 elaborado por el Servicio de Física se refiere al Control de Calidad de la Instrumentación del SMN, quedando desarrollado en el anexo 22.

En la implantación por parte del S. de Física del control de calidad de las gammacámaras recogido en el PGC, se trabajará sobre dos aspectos:

- dificultades para la realización de las pruebas conforme a los procedimientos e instrucciones elaboradas
- adquirir destreza en la realización de las pruebas con el objeto de conseguir realizar los controles completos en el tiempo de máquina disponible.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

No procede

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mejorar y completar los procedimientos escritos para la realización de cada prueba,

Completar el estado de referencia de las tres gammacámaras

Formación del personal técnico del SMN en la colaboración para la realización del control de cualquier gammacámara.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Coordinación con el SMN del calendario de revisiones de las gammacámaras por parte de S. de Física y de los Técnicos implicados – Dolores Abós, Almudena Gandía

Seguimiento de las instrucciones y procedimientos recogidos en el PGC reflejando las posibles dificultades en la aplicación o comprensión de las mismas – Técnicos del SMN, Almudena Gandía

Fijar el estado de referencia de los parámetros que no se hayan establecido por carecer de objeto test para su determinación – Almudena Gandía

Registro de los parámetros fuera de tolerancia en los controles y posibilidad de acciones correctoras – Dolores Abós, Almudena Gandía

Registro de pruebas no realizadas en cada control y la causa – Técnicos del SMN, Almudena Gandía

Informe de los resultados al Jefe de Servicio de Medicina Nuclear – Almudena Gandía

**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

Nº de dificultades encontradas por el Técnico de MN y el S. de Física en la aplicación de los procedimientos e instrucciones – tendencia decreciente

Nº de correcciones a los procedimientos e instrucciones – tendencia decreciente

Nº de pruebas realizadas en cada control / número de pruebas totales – tendencia creciente

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Coordinación con el SMN de fechas y personal para los controles – enero 2009

Completar el estado de referencia – primer semestre de 2009

Formación del personal técnico del SMN – finales de 2009

Elaboración de la versión definitiva de los procedimientos para el control de calidad de las tres gammacámaras – finales 2009







Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> ATENCIÓN CONTINUADA EN CONSULTA DE HEMATOLOGÍA Y HOSPITAL DE DÍA. MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS FLUJOS DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES E IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos PILAR GIRALDO CASTELLANO
Profesión Jefe de Sección de Hematología
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Servicio de Hematología. Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. HEMATOLOGÍA CLÍNICA. UNIDAD DE CONSULTAS Y HOSPITAL DE DÍA
Correo electrónico: pgiraldo@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500-1133

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Araceli Rubio Martínez (AR)	Hematóloga	Sº de Hematología HUMS
Pilar Mayayo Artal (PM)	Hematóloga	Sº de Hematología HUMS
Teresa Galego (TG)	ATS	Hospital de Día Hematología HUMS
Mª José Agustín (MJA)	FEA	Sº Farmacia HUMS
Carlos López Puente (CLP)	ATS. Supervisor	Hospital de Día Hematología HUMS
Paz Latre (PL)	Médico AP	Atención Primaria
Mª José Ciria (MJC)	Administrativo	Hospital de Día Hematología HUMS
Laura Quilez (LQ)	Administrativo	Hospital de Día Hematología HUMS
Adriana Cejador (AC)	Especialista en Gestión de Calidad	NOVOTEC

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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...
El entorno de la atención sanitaria se encuentra en plena evolución y con el objetivo de prestar la mejor atención a los usuarios del sistema, está alcanzando niveles de gran complejidad. Entre los factores que contribuyen a esta complejidad cabe citar:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El perfil es el de un nuevo tipo de usuario que tiene mayor información y exige mayores niveles de calidad en la asistencia.</li> <li>• El coste de la tecnología pruebas necesarias para establecer diagnóstico planificación de tratamiento y seguimiento.</li> <li>• La complejidad de los procesos hematológicos y el desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento, ensayos clínicos, terapias personalizadas,</li> </ul>

inmunoterapia y radioinmunoterapia, trasplante de precursores hematopoyéticos, requieren una mayor protocolización y diseño de flujos de atención para que el paciente se sienta guiado y seguro en todo momento. Pueda plantear sus dudas y resolver las cuestiones simples o complejas relacionadas con su enfermedad y su atención y se sienta informado de todo el proceso.

- El envejecimiento de la población e incremento de las expectativas de los usuarios, así como la complejidad de la organización requiere una mayor dedicación y niveles de atención diversificados e integrados.

La mayoría de las neoplasias hematológicas son procesos crónicos cuya atención debe de organizarse en torno al paciente y hacia la obtención de los mejores resultados posibles; para ello, la unificación en los métodos de trabajo, la utilización de sistemas de información comunes y la mejora de la comunicación son premisas básicas para conseguir la mejor calidad, coordinación de la asistencia y mejores resultados para el paciente. Establecer un hilo conductor entre APrimaria, CE de Hematología y Hospital de Día, favoreciendo la atención continuada del paciente.

Para ello con los medios disponibles, sin gran despliegue tecnológico, pero con una redistribución de las cargas y cometidos podemos trabajar y sentir que pertenecemos a una misma organización y tener la atención al paciente como prioridad.

Como oportunidad de mejora, por una parte hacia APrimaria que los médicos del sector tuvieran acceso a los informes del paciente por vía telemática sería deseable pero se escapa del alcance de este proyecto ya que el ámbito de desarrollo y aplicación lo supera. Hacia el interior la coordinación de consultas especializadas-Hospital de Día mejoraría disponiendo de una consulta de enfermería con los cometidos de acoger al paciente de primera visita y resolver sus primeras dudas, coordinar la planificación del tratamiento a administrar de forma ambulatoria y en régimen de Hospital de Día, ampliar la información del funcionamiento y el flujo de atención: extracción de muestras, premedicación, disponibilidad de horario para la aplicación del tratamiento, tratamiento domiciliario, pruebas complementarias, cuidados de catéteres y reservorios, medidas de soporte. Documentación que debe disponer: informe, plan de tratamiento en Hospital de día, ordenes de tratamiento, plan de tratamiento en domicilio. Recetas externas y de dispensación hospitalaria. Resolución de dudas. Recomendaciones dietéticas y estilos de vida.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Se ha realizado la primera etapa de implantación de PNT y de información a todos los participantes, coincidiendo con la política general del HUMS por la cuál los trabajadores hagan de la calidad una manera natural de pensar y actuar, implicándose activamente en la mejora. Esto significa que, cuando un paciente es atendido en el HD, todo el circuito: acogida, valoración clínico-analítica, establecimiento del esquema de tratamiento, solicitud y administración de fármacos, cuidados de enfermería y siguiente citación se realizan de manera sistemática para eliminar errores y satisfacer expectativas garantizando la calidad, seguridad asistencial y trazabilidad.

Los resultados de esta primera fase fueron presentados en el Congreso Nacional de la SECA, celebrado en Zaragoza en Octubre de 2008.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

La actividad asistencial del Hospital de Día de Hematología (HDH) supone la continuidad de la atención prestada en régimen ambulatorio a pacientes con hemopatías que precisan la administración programada de protocolos terapéuticos por vía IV. Para ello se requiere una coordinación desde los puntos de derivación (consultas, hospitalización) y un proceso asistencial en el que participan diversos

estamentos. En 2007 el HDH del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) consideró como objetivo de mejora avanzar por la vía de sensibilización hacia las necesidades del paciente y diseñó un programa que le permitiera activar un proceso de mejora continua en la atención sanitaria que presta.

Continuar con el diseño de los procesos y mejora continua, aplicada desde una consulta de enfermería especializada en enfermedades hematológicas.

Aplicar el software diseñado para este proyecto que recoge toda la documentación y sirve de apoyo a la implantación del plan piloto. Requisitos introducidos por la norma UNE-EN ISO 9001:2000 Para conseguir cumplir con los objetivos del Proyecto de Mejora, se establecieron las siguientes etapas: 1.- Conocimiento de la organización y diagnóstico de situación. 2.- Sesión de Formación dirigida a todo el personal de HD, para abordar: Conceptos fundamentales sobre calidad, sistemas de calidad, documentación, certificación.

Con todo ello la aplicación de los PNTs desde una consulta de enfermería con los protocolos de acogida al paciente por primera vez. La coordinación con el facultativo responsable para planificar el tratamiento y el horario de administración en régimen de Hospital de Día. Solventar y ampliar la información del funcionamiento y el flujo de atención: programación de las pruebas complementarias y necesarias en cada visita. Controlar la documentación que debe disponer: informe, plan de tratamiento en Hospital de día, ordenes de tratamiento, plan de tratamiento en domicilio y resolución de las dudas para facilitar la cumplimentación, asesorar sobre los efectos adversos del tratamiento y facilitar apoyo psicológico.

Se pretende aumentar la calidad de la asistencia, disminuyendo tiempos de espera, mejorar la organización de los turnos de tratamiento, evitar la aglomeración de los pacientes en determinados días, controlar y coordinar la agenda de citación con la de administración del tratamiento. Apoyar al paciente en todo el recorrido que ha de realizar desde el diagnóstico de su proceso hasta completar toda la planificación terapéutica.

Aplicar sistema de autoevaluación con Aproximación al Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM),

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Organización de la consulta de enfermería de HDH ( TG, CLP)

Coordinación con AP y con HDH (PG, AR, PM, PL, TG)

Preparación de PNTs y encuestas de satisfacción (MJC, LQ, AC)

Preparación de reuniones de coordinación/formación (AC, PG, CLP)

Reuniones de coordinación (todos)

Aplicación de encuestas de satisfacción (TG, CLP)

Análisis de resultados y elaboración de informe (PG, AR, PM)

Presentación de resultados en el congreso anual de calidad de la SECA

Facilitar la relación de los pacientes con la Asociación Española de pacientes afectados por Leucemia, Linfoma, Mieloma (AEAL)

#### 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

Como indicadores de monitorización del proceso, se utilizan el **grado de cumplimiento** de los estándares de servicio establecidos, cuantificado con los documentos de órdenes de tratamiento, documentación de la administración IV e incidencias, información al paciente sobre efectos adversos y cuidados especiales. Encuesta de satisfacción al paciente y usuarios para detectar oportunidades de incrementar progresivamente los niveles de calidad.

- ordenes de tratamiento,

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

- hoja de la administración IV
- hoja de incidencias
- información al paciente sobre efectos adversos
- información sobre cuidados especiales de (bombas, reservorios, catéteres)
- encuesta de satisfacción a pacientes y usuarios para detectar oportunidades de incrementar progresivamente los niveles de calidad

**Encuesta de satisfacción**

1. Funcionamiento general de la coordinación con Hospital de Día de Hematología
2. Trato personal
3. Información disponible
4. Resolución dudas o preguntas
5. Comodidad para recibir el tratamiento IV
6. Comodidad de las instalaciones
7. Conformidad con la extracción de sangre para analítica en el mismo día del tratamiento
8. Información sobre cuidados del cateter o reservorio en el domicilio
9. Resolución de problemas relacionados con reservorio o catéter.
10. Información sobre cuidados de la bomba de infusión domiciliaria
11. Resolución de problemas relacionados con la bomba de perfusión
12. Valoración de las esperas y demoras en la administración de tratamiento

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**


Indicar el calendario de las actividades previstas

FASE	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7
Diagnóstico. Planificación proyecto							
Formación y sensibilización del personal							
Elaboración de la documentación							
Apoyo a la implantación *							
Auditoría interna de precertificación							
Apoyo al proceso de certificación							

Mes 6-8: Aplicación de encuestas de satisfacción

9-12: Análisis de resultados y elaboración de informe. Presentación de resultados en el congreso anual de calidad de la SECA

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Formación del personal en la utilización del software</u>	<u>500</u>
<u>Edición de material de apoyo informativo para pacientes</u>	<u>500</u>
<u>Asesoría para la implantación</u>	<u>500</u>
<b>TOTAL</b>	<b>1500</b>

Fdo:  Pilar Giraldo

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>Desarrollo de la implantación de la norma UNE-EN ISO 15189 en el laboratorio de Hematología (Hematimetría y próximos alcances), perteneciente al programa de acreditación de laboratorios del Sistema Aragonés de Salud</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos: M <sup>a</sup> del Valle Recaséns Flores
Profesión Médico Adjunto Hematología. Responsable de Calidad
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet.
Sector de SALUD: Sector 2
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Hematología y Hemoterapia.
Correo electrónico: vrecasens@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765546

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Jose Félix Lucía Cuesta	Jefe Sección	S <sup>o</sup> Hematología HUMS
2 Rosa Duque Moros	Supervisora	S <sup>o</sup> Hematología HUMS
3 Marisa Vela Marquina	Coordinadora Calidad Laboratorios	UCA HUMS
4 M <sup>a</sup> Ángeles Montañés Gracia	FEA	S <sup>o</sup> Hematología HUMS
5 Maria Carmen Pérez Barrachina	FEA	S <sup>o</sup> Hematología HUMS
6 Victoria Paz González	FEA	S <sup>o</sup> Hematología HUMS
7 Araceli Rubio Martínez	FEA	S <sup>o</sup> Hematología HUMS
8 Daniel Rubio Félix	Jefe de Servicio	S <sup>o</sup> Hematología HUMS

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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>Dentro del Plan Estratégico del Sistema Aragonés de Salud se encuentra la introducción y puesta en marcha de un sistema de calidad basado en normas evaluables externamente como la norma UNE-EN ISO 15189 de competencia técnica en los laboratorios clínicos. Con la implantación de este sistema de calidad en el laboratorio se pretende garantizar la mejor utilización de los recursos, garantizar la competencia técnica y por tanto los resultados. disminuyendo los riesgos derivados de la misma</p> <p>El proyecto general se viene desarrollando conjuntamente desde hace tres años, involucrando distintos facultativos y servicios de distintos centros, de manera que ha facilitado el intercambio de información y de experiencias entre los profesionales a</p>

través de talleres y reuniones conjuntas de trabajo, unificando el esquema de trabajo en todos los laboratorios, (documentación, registros, procedimientos normalizados de trabajo y protocolos), incluyendo la gestión de personal, formación y cualificación.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Hasta el momento actual se ha elaborado toda la documentación necesaria para el sistema de calidad facilitando la distribución de dicha documentación mediante su ubicación en la intranet del Servicio aragonés de Salud.

Durante este año se han realizado dos cursos de formación dirigidos principalmente al personal de toda la comunidad autónoma más involucrado en el proyecto de acreditación de los laboratorios, coordinados por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Los cursos se han centrado en el desarrollo de la implantación de la norma 15189 en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.

Se ha finalizado en la implantación de todas las actividades, documentos y registros.

Se han seguido realizando reuniones semanales con todos los responsables de calidad de los laboratorios del hospital Miguel Servet, la unidad de calidad asistencial y la Subdirección Médica de Servicios Centrales

Se ha enviado la documentación a la Entidad Nacional en Acreditación (ENAC) y se ha realizado una revisión previa por la empresa de asesoramiento externo (ICSA)

El pasado año se establecieron dos indicadores para la monitorización del proyecto

- Cumplimentación de las instrucciones dadas por la empresa de asesoramiento externo en la acreditación de Hematimetría. Indicador: número de instrucciones cumplimentadas dentro de los plazos de entrega establecidos. Nivel aceptable 97%. Se han cumplimentado en un 100%
- Elaboración de talleres de formación para todas las involucradas en el área objeto de acreditación. Indicador: porcentaje de encuestas de evaluación de los asistentes con resultado satisfactorio. Nivel aceptable >70%. Aún no disponemos de los resultados de dichas encuestas

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El proyecto persigue la acreditación de la técnica de Hematimetría ordinaria según la Norma ISO15189 por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC), así como su posterior ampliación a próximos alcances.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Corrección de las desviaciones detectadas en la documentación por ENAC y envío de medidas correctoras. Responsable Dra Recaséns
2. Realización de revisión por la dirección previa a la evaluación por ENAC. Responsable: Unidad de calidad asistencial, Subdirección médica y Dirección del laboratorio
3. Evaluación por ENAC
4. Corrección de no conformidades y desviaciones detectadas para la acreditación: Responsables Dra Recaséns, Dra González y Dr Lucía
5. Inicio y desarrollo del proyecto ampliación de la acreditación con los nuevos alcances. Dra Recaséns y Dr Lucía

**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

- Fase preanalítica. Con el objetivo de mejorar de la cumplimentación de las hojas de solicitud se fija el siguiente indicador:
  - Porcentaje de hojas de solicitud incorrecta o incompletamente cumplimentados =  $(n^{\circ} \text{ hojas de solicitud incorrectas o incompletas} / \text{total de hojas de solicitud}) \times 100$ . Nivel aceptable  $\leq 5\%$  / año
- Fase analítica. Con el objetivo de mejorar la cumplimentación y la realización de las actividades de control externo se establecen los siguientes indicadores:
  - Porcentaje de cumplimentación de las actividades de control externo =  $(n^{\circ} \text{ de incidencias en la realización de los controles externos} / n^{\circ} \text{ total de actividades de control externo}) \times 100$ . Nivel aceptable  $\leq 5\%$  / año
  - Porcentaje de aceptabilidad de los controles externos =  $(n^{\circ} \text{ de parámetros aceptables} / n^{\circ} \text{ total de parámetros evaluados}) \times 100$ . Nivel aceptable  $\geq 80\%$  / año.
- Fase postanalítica: Con el objetivo de mejorar la cumplimentación del tiempo de respuesta pactado se establece el siguiente indicador:
  - Tiempo de respuesta aceptable =  $(\text{Fecha de informe} - \text{fecha de petición})$ . Nivel aceptable  $\leq$  tiempo pactado en el 95% de los informes



**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Calendario:

- Corrección de las desviaciones detectadas en la documentación por ENAC y envío de medidas correctoras: Febrero 09
- Realización de evaluación por la dirección: Febrero 09
- Evaluación por ENAC: Marzo 09
- Corrección de no conformidades y desviaciones detectadas para la acreditación: Abril-Junio 09
- Adecuación de la acreditación al traslado de los nuevos laboratorios: Julio 09-Septiembre 09
- Inicio y desarrollo del proyecto ampliación de la acreditación con los nuevos alcances: Septiembre 09-Enero 2010

<b>Actividades 2009</b>	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	10
Corrección de las desviaciones detectadas en la documentación por ENAC y envío de medidas correctoras	x	x											
Realización de evaluación por la dirección		x											
Evaluación por ENAC			x										
Corrección de no conformidades y desviaciones detectadas para la acreditación				x	x								
Adecuación de la acreditación al traslado de los nuevos laboratorios						x	x	x					
Inicio y desarrollo del proyecto ampliación de la acreditación con los nuevos alcances									x	x	x	x	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 (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Armario archivador</i>	300
<i>Ordenador portátil pequeño</i>	450
<i>Destruyectora papel</i>	600
TOTAL	1350

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Implantación de screenig de <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a la meticilina en pacientes en diálisis
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos: Jesús Pérez Pérez
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hemodiálisis
Sector de SALUD: II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: <a href="mailto:jesusperezyperez@hotmail.com">jesusperezyperez@hotmail.com</a>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765 624

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Alberto Sanjuan Hernández-Franch	Jefe de Sección de Nefrología	Nefrología
M <sup>a</sup> Jesús Hernandez Navarrete	FEA M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
Antonio Rezusta López	FEA M. Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
M <sup>a</sup> José Revillo Pinilla	Jefe Servicio Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
Raquel Pernaute Lavilla	FEA Nefrología	Hospital Universitario Miguel Servet
Carlos Lapresta Moros	FEA M. Preventiva	Hospital Universitario Miguel Servet
M <sup>a</sup> Pilar Egido Lizán	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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...
<b>INTRODUCCIÓN</b>
La detección creciente de gérmenes multirresistente causantes de infección nosocomial esta adquiriendo relevancia universal entre los profesionales sanitarios y un importante problema para las organizaciones que prestan cuidados de salud y para los propios pacientes.
En Aragón hay una elevada prevalencia de SAMR vs. <i>Staphylococcus aureus</i> meticilin sensible (SAMS) (47,5%) respecto al resto de comunidades, según datos del Proyecto EPINE.
En pacientes dializados puede puede variar de. 2.3% al 21.7% de pacientes colonizados con SAMR. Las infecciones invasivas pueden llegar a ser 100 más que en la población general (Johnson et al) y puede originar el 18,4% de las peritonitis (Szeto et al)
Dada la importancia de estos datos y la trascendencia para la seguridad del paciente

los Servicios de Diálisis, Medicina Preventiva y Microbiología del HUMS están estableciendo un programa de mejora continua respecto al SAMR.

La importancia en diálisis viene dada porque 35.7% de los pacientes dializados y que están colonizados por SAMR, desarrollan infección.

Un retraso significativo, por vigilancia pasiva, en la detección de pacientes colonizados por SAMR, que actuaban de reservorio en la transmisión del germen. En esos pacientes, existe un elevado nivel de evidencia (IA) respecto a dos actuaciones para la minimización o reducción de la infección nosocomial por SAMR :

- La introducción de un sistema de vigilancia activa y cribado en pacientes o unidades de riesgo era un criterio para el control y minimización de riesgo de transmisión e infección nosocomial por SAMR
- La adhesión de precauciones de contacto en pacientes colonizados/infectados por SAMR

El **objetivo fundamental** del proyecto es implantar un sistema de vigilancia activa y chequeo en pacientes/unidades de riesgo, con la consecuente rápida implantación de medidas de barrera a la transmisión (precauciones cutáneas) y tratamiento descolonizador adecuado

**SITUACIÓN ACTUAL:** Nuestros datos actuales de portadores, que sólo hacen referencia a los pacientes dializados ambulatorios, faltando los hospitalarios y los nuevos, es de 1,2%, que podría aumentar al tener en cuenta los hospitalizados y de los que no tenemos datos, es uno de los objetivos de este plan de mejora, conocer y tratar estos pacientes para evitar las infecciones.

#### **JUSTIFICACIÓN**

La brecha digital de nuestra organización no permite detectar de forma rápida automática a la población diana. La detección debe basarse en una alerta individual de los profesionales que atiendan a los pacientes.

Por ello la priorización de la población diana de nuestro hospital se ha basado en unos mínimos fácilmente identificables por los profesionales de la salud, y uno de los colectivos que presentan riesgo es el de los dializados

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Detectar casos nuevos, para evitar la transmisión a otros pacientes.
2. Implementar la medida del lavado de manos introduciendo las soluciones hidroalcohólicas
3. Tratar los portadores para evitar la infección.
4. Control cada 3 meses para detectar nuevas colonizaciones

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Toma de muestras nasales cada 3 meses a todos los pacientes dializados, responsable Diálisis

Cultivo de las muestras, Responsable Microbiología

Tratamiento de los pacientes colonizados, responsable Diálisis

Chequeo de los familiares, si no se tiene éxito en la descolonización, responsable Medicina Preventiva.

Disminuir el aislamiento de pacientes colonizados en la hospitalización, ya que al ser descolonizados no será necesario, responsable Medicina Preventiva

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

<b>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>				
Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y <b>señalar al menos dos indicadores</b> que se van a utilizar para su monitorización				
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Incidencia bacteriemias nosocomiales por SAMR en Diálisis				
Área relevante:	HUMS			
Dimensión:	Científico-técnica-Efectividad			
Criterio de calidad:	Mejorar la seguridad de los pacientes de adquirir IN por SAMR.			
Justificación:	La infección nosocomial de bacteriemia es considerada el "patrón" de control. El screening al ingreso ha demostrado reducir la incidencia de bacteriemia			
Fórmula:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nº de bacteriemia por SAMR en Diálisis</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td>Nº de pacientes dializados</td> </tr> </table>	Nº de bacteriemia por SAMR en Diálisis	X 100	Nº de pacientes dializados
Nº de bacteriemia por SAMR en Diálisis	X 100			
Nº de pacientes dializados				
Explicación de términos	La bacteriemia en pacientes de diálisis, nosocomial o comunitaria, se conseguirá de las bases de datos de Medicina Preventiva (nosocomial) y Microbiología (comunitaria). Se incluyen todo tipo de bacteriemias: primarias, secundarias y asociadas a catéter. El denominador lo aportara el sistema de vigilancia de IN del SMP			
Tipo de indicador:	De proceso <b>Indicador Centinela</b>			
Estándar:	No hay			
Fuente de datos:	H <sup>a</sup> C <sup>a</sup> , Sistema de Vigilancia de IN de MP y datos de resultados del Servicio de Microbiología			
Población:	Todos los pacientes de diálisis que lleve a cabo el screening			
Responsable obtención:	El Servicio de Medicina Preventiva, Microbiología y diálisis			
Periodicidad	Anual			

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo de SAMR				
Área relevante:	Diálisis			
Dimensión:	Científico-técnica			
Criterio de calidad:	Conocer la proporción de pacientes chequeados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo			
Justificación:	Los pacientes portadores nasales de SAMR son el principal reservorio de transmisión del germen. El tiempo que transcurre sin detectarlos en un periodo latente de transmisión			
Fórmula:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nº de pacientes con chequeo</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td>Nº total pacientes ingresados en Unidad</td> </tr> </table>	Nº de pacientes con chequeo	X 100	Nº total pacientes ingresados en Unidad
Nº de pacientes con chequeo	X 100			
Nº total pacientes ingresados en Unidad				
Explicación de términos	Todos los pacientes que se les practica diálisis			
Tipo de indicador:	De proceso			
Estándar:	>50%			
Fuente de datos:	Datos de dializados del servicio de Nefrología y microbiología para el numerador			
Población:	Todos los pacientes dializados			
Responsable obtención:	Medicina Preventiva, Microbiología y Diálisis			
Periodicidad	Anual			





Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Fase Preanalítica Microbiológica: Mejorar la recepción de muestras de acuerdo con la norma ISO 15189</b></p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b></p> <p>Nombre y apellidos M<sup>a</sup> José Revillo Pinilla</p> <p>Profesión Médica Microbióloga, Jefe de servicio de Microbiología</p> <p>Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario "Miguel Servet"</p> <p>Sector de SALUD: II</p> <p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Microbiología</p> <p>Correo electrónico: mjrevillo@salud.aragon.es</p> <p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:976765542</p>
---

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Pilar Egido Lizán	Médica Microbióloga	H.U. Miguel Servet
2 Luisa Marco Lamata	Médica Microbióloga	H.U. Miguel Servet
3 Dolores Yagüe	Enfermera Supervisora	H.U. Miguel Servet
4 Carmen Lopez Borraz	Enfermera	H.U. Miguel Servet
5 Pilar Chueca Chueca	A.C.	H.U. Miguel Servet
6 Mercedes Lafuente	A.C.	H.U. Miguel Servet
7 Pilar Tellez	A.C.	H.U. Miguel Servet

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b></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>La fase preanalítica comienza cuando el clínico decide solicitar un estudio microbiológico y termina al comienzo de la fase analítica. La norma ISO 17025, que ha servido para la acreditación de laboratorios químicos, no contempla extensamente esta fase y por ello se publica la Norma UNE EN ISO 15189</p> <p>La Norma UNE EN ISO 15189 "Laboratorios clínicos: Requisitos particulares para la calidad y la competencia" está dirigida a los laboratorios que analizan especímenes humanos; el punto 5.4 de la Norma considera como objetivo asegurar que las actividades previas al análisis se realizan sin que influyan adversamente en los resultados</p> <p>El procesamiento de las muestras que llegan al laboratorio recogidas o transportadas de manera incorrecta y la emisión de un informe posterior proporciona al clínico una información errónea, que puede conducir a un diagnóstico incorrecto y un tratamiento inapropiado</p> <p>El laboratorio tiene la responsabilidad de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• comunicar a sus clientes los criterios de obtención de muestras</li> </ul>
--



- fijar el tiempo y la temperatura de transporte y de conservación
- verificar, en el momento de la recepción, el cumplimiento de estas condiciones.

Para ello el laboratorio debe

1. Disponer de una cartera de servicios
2. Disponer de criterios de toma y transporte de muestras
3. Definir las normas para la recepción de muestras de Microbiología, con el fin de asegurar las condiciones adecuadas en su procesamiento
4. Poseer unos estrictos criterios sobre la aceptación y rechazo de las muestras
5. Registrar las incidencias
6. Documentar las acciones correctoras que se lleven a cabo.

La cartera de servicio está actualizada en la intranet del área II

Los principales criterios de obtención de muestras figuran en el dorso del volante de solicitud

Por ello los objetivos de este trabajo son

- Revisión del procedimiento de recepción
- Realización de un estudio de incidencias, determinando su número, origen y gravedad. La jefatura de servicio con el apoyo de los facultativos responsables de la fase preanalítica realiza este estudio y se establecen mecanismos de retroalimentación con la inclusión de las incidencias en el informe de resultados analíticos

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Mejorar los procedimientos de recepción de muestras, a través de la revisión de éstos
- Formación del personal adscrito a la fase preanalítica
- Conocer el nº de muestras con incidencias por incumplimiento de criterios de gestión en la fase preanalítica y su porcentaje respecto al total de muestras
- Conocer el nº de muestras rechazadas por incumplimiento de criterios de gestión en la fase preanalítica y su porcentaje respecto al total de incidencias
- Conocer lo que origina los diferentes tipos de incidencias y los servicios peticionarios que las generan
- El informe de los resultados microbiológicos incluirá las incidencias preanalíticas
- Monitorizar el tiempo de transporte de muestras de cuatro servicios de hospitalización hasta el laboratorio tras el traslado a la nueva ubicación

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Revisar los procedimientos de recepción de muestras: P.Egido, ML Marco, D Yague y M.J.Revillo

Fijar los criterios de aceptación con incidencia preanalítica y de rechazo de las muestras: ML Marco, P.Egido, M.J.Revillo

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

Formación a las personas de recepción de muestras el laboratorio: ML Marco, P.Egido, D Yague

Registro informático de toda muestra con incidencia preanalítica: ML Marco, P.Egido

Elaboración del circuito que debe tener toda muestra que sea rechazada por incidencia preanalítica: ML Marco, P.Egido, D Yague, MJ Revillo

Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando las causas más frecuentes de rechazo y los servicios originarios de esas incidencias: ML Marco, P.Egido

Codificar las incidencias más frecuentes: ML Marco, P.Egido

Elegir 4 servicios o plantas de hospitalización y elaborar un registro horario de \*salida (\*responsable del envío) de la muestra de la planta y de llegada al laboratorio: : ML Marco, P.Egido

#### 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

(Nº de muestras con incidencia por incumplimiento de criterios de gestión/nº total de muestras)\*100

Nº de incidencias de cada origen en dos cortes anuales de una semana

Nº de incidencias/Servicio peticionario

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Actividades 2009	E	F	M	A	M	J	JI	A	S	O	N	D	2010
Revisar los procedimientos de recepción de muestras			X										
Fijar los criterios de aceptación con incidencia preanalítica y de rechazo de las muestras			X										
Formación a las personas de recepción de muestras el laboratorio				X	X								
Registro informático de toda muestra con incidencia preanalítica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración del circuito que debe tener toda muestra que sea rechazada por incidencia preanalítica			X	X	X								
Realizar dos estudios de prevalencia al año durante una semana monitorizando las causas más frecuentes de rechazo y los servicios originarios de esas incidencias					X					X			
Codificar las incidencias más frecuentes			X										
Elegir 4 servicios o plantas de hospitalización y elaborar un registro horario de *salida de la muestra de la planta y de llegada al laboratorio *responsable del envío										X	X		

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Asistencia a Congreso para presentación de resultados	400
Incubador temperatura especial	600
TOTAL	1.100

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Importancia de las onicomycosis en el paciente diabético y su relación con los niveles de hemoglobina glucosilada
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos: Antonio Rezusta López
Profesión: Facultativo Especialista de Microbiología
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc): Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: arezusta@unizar.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765 542 ext 2443

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Carlos Isanta Pomar	FEA	San José Centro
2 Yolanda Sánchez Torres	Responsable calidad	San José Centro
3 José Antonio Montiu Peman	FEA	San José Norte
4 M <sup>a</sup> José Revillo Pinilla	Jefe de Servicio de Microbiología	HUMS
5 Ana Hernández	Responsable calidad	San José Norte
6 Pilar Melón Juncosa	FEA	San José Centro
7 M <sup>a</sup> Pilar Calmarza Calmarza	FEA	Bioquímica HUMS

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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...
<b>Introducción</b>
La diabetes mellitus afecta a alrededor de 60 millones de personas en el mundo. En España, la prevalencia de la diabetes mellitus de tipo 2 en las distintas comunidades autónomas, se sitúa en unas tasas de entre el 6 y el 10% de la población general, llegando al 25% en la población de edad superior a 70 años, y es la primera causa de amputación no traumática de miembros (Goday 2006). En el momento actual, las causas más importantes de morbimortalidad de los pacientes diabéticos son las complicaciones crónicas de la enfermedad. Dentro de las mismas se encuentra el pie diabético, con una prevalencia en torno al 8-13% (Gaitán 2006). El pie diabético constituye un problema de salud pública por su alta frecuencia y

por sus enormes costos sanitarios y sociales, generados por el elevado número de ingresos hospitalarios, las estancias prolongadas, la demanda de atención médica, y la incapacidad laboral de los pacientes, entre otros.

La duración y la intensidad de la hiperglucemia determinan la aparición de las lesiones microangiopáticas. El inicio de la alteración clínica del pie diabético radica en el descontrol metabólico.

La micosis puede ser la puerta de entrada para la infección bacteriana, especialmente la celulitis (Joshi et al.). La onicomiosis severa es un predictor de la úlcera del pie diabético (Boyko et al.)

Los pacientes diabéticos con onicomiosis presentan una elevada proporción de gangrena y úlceras diabéticas (12,2%) comparados con los pacientes sin onicomiosis (3,8%) (Gupta y Humke )

La Hemoglobina glucosilada (HbA1c) constituye el mejor parámetro de control glucémico. En estudios epidemiológicos, se ha observado que a partir de valores de hemoglobina glucosilada superiores a 8% aumentan las complicaciones micro y macrovasculares (United Kingdom Prospective Diabetes Study Group Lancet 1998; 352:837-852.).

En el paciente con Diabetes Mellitus de tipo 2 se ha demostrado (American Diabetes Association. Diabetes Care 2003; 26 (supl.1): s33-50) que un buen control de la glucemia, de la hemoglobina glucosilada y del resto de los factores de riesgo, consigue reducir la presencia de complicaciones crónicas y disminuye la morbimortalidad cardiovascular.

La Hemoglobina glucosilada (HbA1c) constituye el mejor parámetro de control glucémico y se correlaciona con la aparición de complicaciones micro y macrovasculares a largo plazo, proporcionando información sobre el grado de control de la glucemia en los 2-4 meses previos.

Asimismo, ofrece una estimación del comportamiento de la glucemia en un promedio de las ocho a doce semanas previas y evita las oscilaciones bruscas de la glucemia motivadas por el ayuno y horario de la toma de la muestra (National Diabetes Data Group. Report of expert committee on glycosylated hemoglobin. Diabetes Care 1984;7:602-606, Wywiał et al. Pol Arch Med Wewn 1993;90:35-41). Teóricamente, una determinación trimestral de hemoglobina glucosilada ofrece una visión mucho más amplia que un sin número de mediciones de glucemia.

El estudio Framingham ha puesto de manifiesto que, en mujeres no diabéticas, con problemas cardiovasculares precoces, los niveles de hemoglobina glucosilada estaban por encima del valor promedio (Kuusisto et al. Diabetes 1994; 43:960-967). Recientemente, dos estudios llevados a cabo en poblaciones diabéticas han demostrado que el grado de mal control glucémico podría explicar la mayor incidencia de afecciones cardiovasculares en los grupos estudiados (Kuusisto et al. y Uusitupa et al.).

Por otra parte, la presencia de microalbuminuria en un paciente diabético tipo 2 es un claro marcador de riesgo de progresión de las complicaciones de esta enfermedad metabólica, en particular la nefropatía y la patología cardiovascular. Un tratamiento intensivo y multifactorial promete mejorar el pronóstico de estos enfermos.

El tratamiento del paciente con Diabetes Mellitus de tipo 2 debe contemplar un abordaje global con especial énfasis, no solo en el control de la hiperglucemia, sino también de las cifras de presión arterial, lípidos, y control del tabaquismo y sobrepeso de la población.

La utilidad del proyecto viene dada por varios aspectos fundamentales:

1. Trabajar por procesos y prevenir el desarrollo del pie diabético al realizar el diagnóstico y tratamiento precoces así como evitar nuevas lesiones en pacientes que ya han desarrollado pie diabético.

2. Mejorar el control del paciente a nivel bioquímico, con la determinación de hemoglobina glucosilada y de microalbuminuria.

El control de Hemoglobina Glucosilada se realizará cada 4 meses y en esa misma analítica se solicitará el cociente Microalbuminuria /Creatinina en orina. Si éste es positivo se procederá a recoger orina de 24 horas y determinar la concentración de Microalbúmina.

3. Mejorar la formación del paciente para el autocuidado.

El **método** a utilizar será examen médico de los pies de los pacientes diabéticos en las consultas de los médicos de los centros de salud reseñados.

Aquellos pacientes que presenten lesiones de los pies o de las uñas, se les remitirá a microbiología para recogida de muestra, y diagnóstico de la infección fúngica.

Cuando se sospecha infección bacteriana se actuará de acuerdo con la guía de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) (Lipsky et al. Diabetes Metab Res Rev. 2004;20 Suppl 1:S68-77).

En los pacientes con pie diabético ingresados con sospecha de onicomicosis o pie de atleta, se realizará toma de muestra desde Microbiología, en la planta.

Si hubiera sospecha de infección se realizará toma de muestra de la úlcera para diagnóstico del agente infeccioso con especial atención al SARM.

A todos los pacientes ingresados se les realizará también toma nasal para detectar portadores.

4. Establecer un protocolo de control de hemoglobina glucosilada y microalbuminuria.

5. Formación del personal de enfermería para una correcta educación del paciente diabético dirigida a la prevención del pie diabético.

*Justificación:*

*El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado evita la onicomicosis grave que es la que más favorece la aparición del pie diabético.*

*El control adecuado de la hemoglobina glucosilada previene la lesiones neurológicas y vasculares.*

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

129 (21%) pacientes de los 612 pacientes diabéticos estudiados en los centros de estudio, presentan alteración de la uña.

De los 129, se estudian microbiológicamente 50, y de todos ellos 8 (16%) al ser estudiados microbiológicamente presentaron onicomicosis demostrada.

Estos datos muestran que unos 20 pacientes se verán beneficiados directamente del estudio una vez que éste finalice.

La educación del paciente diabético puede beneficiar a 129 pacientes.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Completar el estudio microbiológico de los pacientes que en que todavía no se ha realizado.

2. Controlar correctamente el resultado del tratamiento a los 6 meses de haber finalizado.

3. Mejorar el control de Hemoglobina glucosilada, y correlacionarla con alteraciones de la uña, en especial con onicomicosis.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Incorporar más pacientes a estudio.

2. Completar el estudio microbiológico de los pacientes que no se ha realizado.

3. Analizar cada 4 meses la concentración de hemoglobina glucosilada y

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

- comprobar si existe microalbuminuria.
- Continuar con la educación en el cuidado del pie, para evitar el pie diabético.
  - Realizar examen médico de los pies de los pacientes diabéticos en las consultas de los médicos de los centros de salud reseñados.
- Aquellos pacientes con lesiones de los pies o de las uñas, se les remitirá a Microbiología para recogida de muestra, y realización del diagnóstico de la infección fúngica.

#### 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:**

Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo para la detección de micosis

<i>Área relevante:</i>	Centros de salud	
Dimensión:	Científico-técnica	
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes diabéticos chequeados respecto a la totalidad de pacientes diabéticos	
<i>Justificación:</i>	Los pacientes con micosis presentan riesgo aumentado de presentar pie diabético y de celulitis.	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con chequeo en revisiones rutinarias}}{\text{Nº total pacientes con diabetes}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los pacientes diabéticos	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	No hay	
Fuente de datos:	Centros de salud implicados y datos de Microbiología	
Población:	Todos los pacientes diabéticos	
Responsable obtención:	Centros de salud	
Periodicidad	Anual	

##### **NOMBRE DEL INDICADOR:**

Proporción pacientes con micosis

<i>Área relevante:</i>	Centros de salud	
Dimensión:	Científico-técnica	
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes diabéticos afectados de micosis	
<i>Justificación:</i>	Los pacientes con micosis tienen riesgo aumentado de presentar pie diabético y de celulitis	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con estudio microbiológico positivo}}{\text{Nº de pacientes con estudio microbiológico realizado}} \times 100$	X 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 (2009)</i>
-------	---

Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los diabéticos con sospecha de micosis remitido para estudio
Tipo de indicador:	De proceso
Estándar:	No hay
Fuente de datos:	Centros de salud implicados y datos de Microbiología
Población:	Todos los pacientes estudiados para cultivo
Responsable obtención:	Microbiología
Periodicidad	Anual

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Proporción pacientes con diabetes tipo II que tienen control de hemoglobina glucosilada cada 4 meses				
<i>Área relevante:</i>	Hospital Universitario Miguel Servet			
Dimensión:	Científico-técnica			
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes con determinación de hemoglobina glucosilada			
<i>Justificación:</i>	Los pacientes con colonización por SARM tienen peor pronóstico			
Fórmula:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Nº de pacientes con determinación de Hemoglobina Glucosilada</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Nº total de pacientes con diabetes tipo 2</td> </tr> </table>	Nº de pacientes con determinación de Hemoglobina Glucosilada	X 100	Nº total de pacientes con diabetes tipo 2
Nº de pacientes con determinación de Hemoglobina Glucosilada	X 100			
Nº total de pacientes con diabetes tipo 2				
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los diabéticos en el centro de salud			
Tipo de indicador:	De proceso			
Estándar:	No hay			
Fuente de datos:	Datos agregados de admisión (denominador); datos de y Bioquímica para el numerador			
Población:	Todos los pacientes estudiados			
Responsable obtención:	Centro de Salud, Bioquímica			
Periodicidad	Anual			
Comentarios:				

<b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>
Indicar el calendario de las actividades previstas
Es continuación del proyecto anterior, con lo que ya está en marcha. Se incorpora el control cada 4 meses de la hemoglobina glucosilada, a iniciarse en abril 2009. Continuación del proceso educativo de cuidado del pie.



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO:</b> Mejora en el diagnóstico microbiológico de la fungica invasora en el paciente neutropénico
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos: Lourdes Roc Alfaro
Profesión Facultativo Especialista en Microbiología.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc). Microbiología Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: lroc@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765 542 ext: 2444

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Antonio Rezusta López	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
2 M <sup>a</sup> Pilar Delgado	FEA Hematología	Hospital Universitario Miguel Servet
3 Juan Carlos Zueco	FEA Hematología	Hospital Universitario Miguel Servet
4 Godoy	FEA Hematología	Hospital Universitario Miguel Servet
5 M <sup>a</sup> José Revillo Pinilla	Jefe de Servicio de Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
6 Elena Lomba	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet
7. Ana Martínez Sapiña	FEA Microbiología	Hospital Universitario Miguel Servet

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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>El incremento de las micosis invasoras (MI) hace necesario un aumento en el índice de sospecha clínica, y una mejor apreciación de los factores de riesgo y mayor esfuerzo por parte del microbiólogo</p> <p>Los pacientes hematológicos de riesgo son: 1. Leucemia mieloide aguda o síndrome mielodisplásico durante el período de inducción; 2. Trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos; 3. Inmunodepresión prolongada</p> <p>En estos pacientes un factor determinante para el éxito del tratamiento es la rapidez con la que se diagnostica y se inicia un tratamiento adecuado. La rapidez viene determinada, en gran medida, por el trabajo en equipo de clínicos, microbiólogos, radiólogos y patólogos.</p> <p>Desafortunadamente el diagnóstico de las MI sigue siendo difícil; y muchas veces se confirma tarde, por biopsia o por cultivo, ya que el diagnóstico definitivo requiere la observación del hongo en el tejido, o el crecimiento en muestra estéril, que pueden requerir hasta dos semanas.</p> <p>El examen microscópico del esputo o muestras respiratorias invasivas es útil, puesto que permite la observación de la morfología característica, pero no la identificación del hongo, con lo que el cultivo sigue siendo esencial.</p>

Para el cultivo de esputo se recomienda la realización de al menos tres muestras, las cuales, evaluadas junto con datos clínicos y radiológicos, permitirán determinar en algunos casos si es un verdadero positivo o una contaminación.

El valor de un aislamiento de *Aspergillus* spp en un esputo viene determinado por el tipo de paciente en el que se produce; así, en pacientes con trasplante alogénico es del 60%, en hemopatías malignas, un 50%, en pacientes neutropénicos un 60%. Sin embargo, estos porcentajes pueden bajar al 10% en pacientes con patología pulmonar previa no neutropénicos. Por ello Davies et al. 2005, afirman que cualquier aislamiento de *Aspergillus* en esputo en un paciente con neutropenia prolongada debe conducir a un tratamiento rápido.

Los frecuentes falsos negativos en el cultivo justifican la utilización de herramientas diagnósticas complementarias.

El hemocultivo rara vez es útil en el diagnóstico de la MI por hongos miceliales, el crecimiento de *Aspergillus* suele indicar contaminación, excepto en el caso de *Aspergillus terreus*. Algunos hongos miceliales menos frecuentes si que pueden aislarse en el hemocultivo, por ejemplo *Fusarium* spp, *Acremonium* spp, *Paecilomyces* spp, *Scedosporium* spp.

La antigenemia, efectuada dos veces por semana, puede adelantar el diagnóstico, y consecuentemente el tratamiento, hasta 2 semanas, en relación con la imágenes de scanner. Por ello, en los pacientes hematológicos de alto riesgo conviene combinar el cultivo con la monitorización del galactomanano (GM) y el scanner torácico. Un positivo en dos muestras consecutivas de suero para GM se considera de una contribución clara en el diagnóstico; esta prueba pierde valor cuando el paciente está sometido a profilaxis para hongos miceliales.

Por otro lado el GM da falsos negativos en infecciones como las producidas por Zygomycetes.

A todo esto hay que añadir que para el correcto manejo de las MI es conveniente realizar la identificación de hongo ya que esto modifica el tratamiento y para ello es imprescindible el cultivo.

#### SITUACIÓN ACTUAL Y OPORTUNIDAD DE MEJORA

En este momento, está establecida la realización de cultivo, falta incorporar cultivos seriados (3 muestras al menos).

La incorporación de la detección de GM dos veces por semana, desde el ingreso del paciente, antes de establecer tratamiento y profilaxis, podría detectar casos de aspergilosis antes de que aparición de signos clínicos y radiológicos, con el consiguiente beneficio para el paciente.

La introducción de la observación microscópica con KOH-calcofluor ha permitido el diagnóstico de dos mucormicosis, en las que no se obtuvo crecimiento. La realización de observación microscópica en el día, y en muestras sucesivas (al menos 3), permitiría obtener resultados con mayor rapidez que el cultivo, que rara vez es positivo antes de 2 días y con frecuencia más tarde.

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Un diagnóstico más rápido de la infección, la visión directa al menos adelanta 2 días.

La realización bisemanal del GM puede adelantar el diagnóstico en lo pacientes sin profilaxis antifúngica dirigida contra hongos miceliales una o dos semanas.

La realización de estudio en muestras repetidas (al menos 3) facilita descartar los falsos positivos y aumentar el número de diagnósticos.

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

<p><b>7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR</b> Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables</p> <p>Extracción de sangre para la de detección de GM, responsable personal de hematología  Recogida de muestras respiratorias, responsable personal de hematología.  Realización de observación microscópica, responsable Microbiología  Realización de cultivo, responsable Microbiología  Realización de la detección de GM, responsable Microbiología  Recogida de datos de observación microscópica, cultivo y detección de galactomanano, responsable Microbiología  Recogida de datos clínicos, factores predisponentes, y resultado del tratamiento, responsable Hematología</p>
--

<p><b>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b> Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y <b>señalar al menos dos indicadores</b> que se van a utilizar para su monitorización</p>
---

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b>				
Proporción pacientes estudiados, para tres criterios, observación microscópica, cultivo y galactomanano, serán tres indicadores.				
<i>Área relevante:</i>	Hematología, pacientes neutropénicos			
<i>Dimensión:</i>	Científico-técnica			
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo			
<i>Justificación:</i>	Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección			
<i>Fórmula:</i>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nº de pacientes con estudio</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td>Nº total pacientes ingresados en Unidad</td> </tr> </table>	Nº de pacientes con estudio	X 100	Nº total pacientes ingresados en Unidad
Nº de pacientes con estudio	X 100			
Nº total pacientes ingresados en Unidad				
<i>Explicación de términos</i>	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.			
<i>Tipo de indicador:</i>	De proceso			
<i>Estándar:</i>	No hay			
<i>Fuente de datos:</i>	Hematología y Microbiología			
<i>Población:</i>	Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad			
<i>Responsable obtención:</i>	Hematología			
<i>Periodicidad</i>	Anual			

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b>				
Proporción pacientes con micosis invasora				
<i>Área relevante:</i>	Hematología, pacientes neutropénicos			
<i>Dimensión:</i>	Científico-técnica			
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes infectados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo			
<i>Justificación:</i>	Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección			
<i>Fórmula:</i>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nº de pacientes con MI</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td>Nº total pacientes de riesgo ingresados en Unidad</td> </tr> </table>	Nº de pacientes con MI	X 100	Nº total pacientes de riesgo ingresados en Unidad
Nº de pacientes con MI	X 100			
Nº total pacientes de riesgo ingresados en Unidad				

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en la unidad o proceso de riesgo.
Tipo de indicador:	De proceso
Estándar:	No hay
Fuente de datos:	Hematología y Microbiología
Población:	Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad
Responsable obtención:	Hematología
Periodicidad	Anual

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Proporción cultivos positivos				
<i>Área relevante:</i>	Hematología, pacientes neutropénicos			
<i>Dimensión:</i>	Científico-técnica			
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes con cultivo positivo respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo			
<i>Justificación:</i>	Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección			
<i>Fórmula:</i>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nº de pacientes con cultivo positivo</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td>Nº total pacientes con cultivo realizado</td> </tr> </table>	Nº de pacientes con cultivo positivo	X 100	Nº total pacientes con cultivo realizado
Nº de pacientes con cultivo positivo	X 100			
Nº total pacientes con cultivo realizado				
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.			
Tipo de indicador:	De proceso			
Estándar:	No hay			
Fuente de datos:	Microbiología			
Población:	Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad			
Responsable obtención:	Microbiología			
Periodicidad	Anual			

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Proporción pacientes con observación microscópica positiva (OM)				
<i>Área relevante:</i>	Hematología, pacientes neutropénicos			
<i>Dimensión:</i>	Científico-técnica			
<i>Criterio de calidad:</i>	Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo			
<i>Justificación:</i>	Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección			
<i>Fórmula:</i>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nº de pacientes con estudio OM positiva</td> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">X 100</td> </tr> <tr> <td>Nº total pacientes con OM</td> </tr> </table>	Nº de pacientes con estudio OM positiva	X 100	Nº total pacientes con OM
Nº de pacientes con estudio OM positiva	X 100			
Nº total pacientes con OM				
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.			
Tipo de indicador:	De proceso			
Estándar:	No hay			
Fuente de datos:	Hematología y Microbiología			
Población:	Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad			
Responsable obtención:	Microbiología			
Periodicidad	Anual			

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> Proporción pacientes con GM positivo		
Área relevante:	Hematología, pacientes neutropénicos	
Dimensión:	Científico-técnica	
Criterio de calidad:	Conocer la proporción de pacientes estudiados respecto a la totalidad de ingresos en una unidad de riesgo	
Justificación:	Los pacientes neutropénicos tienen mayor probabilidad de desarrollar MI, el tiempo es fundamental para la evolución de la infección	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con GM positivo}}{\text{Nº total pacientes con determinación de GM}} \times 100$	X 100
Explicación de términos	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo.	
Tipo de indicador:	De proceso	
Estándar:	No hay	
Fuente de datos:	Microbiología	
Población:	Todos los pacientes neutropénicos ingresados en la unidad	
Responsable obtención:	Microbiología	
Periodicidad	Anual	

<b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b>
Indicar el calendario de las actividades previstas
<p>Desarrollo del protocolo hasta Marzo</p> <p>Puesta en marcha abril</p> <p>Evaluación en septiembre, enero</p>





Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>MEJORANDO LA TERAPIA SECUENCIAL PRECOZ DE OMEPRAZOL, LEVOFLOXACINO Y PARACETAMOL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Dr José Miguel Aguirre Errasti
Profesión Jefe de Servicio de Medicina Interna
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet.
Sector de SALUD: Sector II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE INFECCIOSOS
Correo electrónico: jaguirree@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976755500 (2134)

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA*</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Mónica Izuel Rami	Farmacéutica	HU Miguel Servet
2 Dra P. Figueras Villalba	F.E.A.	HU Miguel Servet
3 Dr F. Fuentes Solsona	J. Sección	HU Miguel Servet
6 Dr. J. Velilla Marco	J. Sección	HU Miguel Servet
7 Dra P. Arazo Garcés	F.E.A.	HU Miguel Servet
8 Astrid Ladrón Ortega	ATS/DUE	HU Miguel Servet
9 Sonsoles Gutiérrez Rojas	Supervisora	HU Miguel Servet
10 Eva Alejandre	Supervisora	HU Miguel Servet
11 Pilar Gerez	Supervisora	HU Miguel Servet
12 MJ Montoya	Supervisora	HU Miguel Servet
13 Raquel Arrieta	Farmacéutica	HU Miguel Servet
14 Isabel Villar	Farmacéutica	HU Miguel Servet
15 M <sup>a</sup> Josefa Carcelen	Farmacéutica	HU Miguel Servet

\* existe acuerdo previo de la composición con el Coordinador de Calidad del Sector

**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 más de 20 años se han publicado numerosos estudios dirigidos a demostrar las ventajas en cuanto a efectividad terapéutica y ahorro económico de los programas de conversión precoz de tratamiento intravenoso a oral realizados con fármacos cuya bioequivalencia oral está demostrada y en pacientes seleccionados.

**Concepto de terapia secuencial.** Se entiende por terapia secuencial (TS) la sustitución de un determinado fármaco parenteral por el mismo, o por un equivalente, vía oral. La TS lleva implícito que la conversión del tratamiento parenteral a tratamiento oral debe ser realizada lo antes posible, sin que se vea comprometida la respuesta terapéutica; para ello, debe haberse producido una mejoría clínica inicial del paciente tratado.

**Importancia de la TS.** El interés por la terapia secuencial antibiótica se explica por tres circunstancias: la primera, por la conveniencia de reducir los costes derivados de la hospitalización prolongada de los pacientes; la segunda, por los problemas que se derivan de la necesidad de un acceso venoso para la administración del tratamiento parenteral; y por último, por la introducción de fármacos con buena biodisponibilidad por vía oral.

**Criterios.** Para poder implantar un programa de terapia secuencial se han de cumplir una serie de criterios o condiciones, tanto respecto a la situación clínica del paciente como respecto al fármaco.

En relación con el **paciente** se deben cumplir los siguientes criterios:

- Paciente clínica y hemodinámicamente estable.
- Mejoría de los signos o síntomas de la infección o del proceso.
- Si proceso infeccioso: temperatura que vuelve a la normalidad o paciente afebril y recuento de leucocitos que retornan a la normalidad.
- Ausencia de factores que puedan afectar una correcta absorción gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarrea, hipotensión, malabsorción, gastroparesia, síndrome de intestino corto).
- Tolerancia para la vía oral (la capacidad de deglución conservada puede no ser necesaria, los pacientes con sonda que no tengan problemas de malabsorción pueden ser candidatos si el antibiótico lo permite).
- No indicación clínica, por las características de la infección, para continuar el antibiótico intravenoso (las infecciones en las que la penetración tisular pueda ser pobre tales como endocarditis, meningitis, infecciones graves de partes blandas, etc.).

Respecto al **fármaco**, los criterios que debe cumplir para ser útil en terapia secuencial son:

- Formulación oral disponible.
- Elevadas concentraciones sistémicas y tisulares.
- Elevado índice área bajo la curva/concentración mínima inhibitoria (AUC/MIC) para el germen a tratar.

**Ventajas e inconvenientes de la terapia intravenosa.** El tratamiento endovenoso tiene como principal ventaja que permite asegurar una biodisponibilidad completa, impidiendo incluso el metabolismo de primer paso hepático, y conseguir de forma casi inmediata niveles séricos y tisulares en rango terapéutico. Sin embargo tiene inconvenientes como el mayor costo de la medicación parenteral, tanto en conceptos directos (viales, disolventes, y formulación galénica) como en conceptos indirectos (catéteres vasculares, sistemas de infusión, gastos de personal de enfermería e infraestructura de hospitalización o tratamiento parenteral domiciliario), además los

derivados del acceso vascular (flebitis, trombosis venosa, infecciones de catéter, bacteriemia y complicaciones de la inserción del catéter), y por otro lado, el mayor riesgo de reacciones adversas medicamentosas, al emplear dosis más elevadas del fármaco, incluyendo las reacciones de hipersensibilidad, potencialmente más graves que con la utilización de la formulación oral.

**Ventajas de la terapia secuencial.** La terapia secuencial en los pacientes que cumplen los criterios puede aportar las siguientes ventajas: menor coste, menor necesidad de accesorios y dispositivos para la preparación y administración del fármaco que la vía parenteral (agujas, equipos de infusión, jeringas, soluciones intravenosas, etc.), menor tiempo de preparación de las dosis, administración más sencilla y con menor tiempo de dedicación del personal de enfermería, proporciona al paciente mayor confort, movilidad e independencia, permite acortar la estancia hospitalaria debido a la facilidad para el paciente de continuar el tratamiento oral en su domicilio, menor riesgo de complicaciones al disminuir la frecuencia de efectos adversos relacionados con la administración IV, principalmente flebitis e infección nosocomial asociada a esta vía bacteriemia secundaria, flebitis séptica.

Para el desarrollo de esta línea de mejora se han elegido fármacos que presentan los criterios requeridos para la administración de forma secuencial, así la biodisponibilidad del omeprazol es del 76%, levofloxacino del 100% alcanzando elevadas concentraciones en pulmón y paracetamol es del 60-98%.

**Situación de partida.** En nuestro servicio, aunque se realiza en determinados pacientes, no se han analizado datos y esta política de prescripción terapéutica no está protocolizada. Entendemos que la principal barrera que hay que romper es la idea preconcebida de que la terapia oral no es comparable en eficacia a la parenteral, así como definir la población diana. Además, hay que tener en cuenta que los prescriptores pueden desconocer el momento adecuado y los criterios de conversión del tratamiento endovenoso a oral.

#### **Bibliografía.**

GUÍAS CLÍNICAS DE LA SEIMC. Guía de recomendaciones en la Terapia Secuencial Antibiótica (TSA) 2006. Editores JM. Aguado, J. Fortún.

ESTRATEGIA DE CONVERSIÓN DE LA VÍA INTRAVENOSA A LA VÍA ORAL. Terapia secuencial con medicamentos. Editor Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Coordinación: Joaquín Bonal. Autora: M<sup>a</sup> José Martínez Vázquez

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Con este proyecto se esperan los siguientes resultados:

- Disminuir las complicaciones de la terapia intravenosa.
- Mayor confort para el paciente.
- Disminuir las cargas de trabajo de enfermería
- Acortar la estancia del paciente y continuación de la terapia en domicilio
- Disminución de los costes directos
  - Disminución de dispositivos para terapia intravenosa
  - Menor precio de la presentación oral respecto a la intravenosa

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Realización de protocolo sobre terapia secuencial con los principios mencionados. Aprobación por la comisión de Tecnología del Sector (Dra Arazo y farmacéuticas)
2. Sesión para todo el Servicio de Medicina Interna sobre terapia secuencial e información de la puesta en marcha del proyecto tanto al personal médico como de enfermería (Farmacéuticas, Jefe de Servicio)
3. Elaborar una pegatina a modo de "alerta" para que el personal de enfermería lo incluya en la gráfica del paciente subsidiario de terapia secuencial y si no se cumple el criterio informe al facultativo responsable del paciente (Supervisoras)
4. Monitorización periódica e información al médico prescriptor (Farmacéuticas y responsables de cada Sección)
5. Información trimestral de los resultados de la monitorización del Servicio de Medicina Interna (Responsables de cada Sección)

**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. En la terapia con Levofloxacino y Omeprazol (dosis fija una vez al día) permite en las secciones de unidosis (planta 11 y 12) conocer el tiempo medio de terapia intravenosa con el ratio<sup>o</sup> de viales / n<sup>o</sup> de pacientes. Estándar menor o igual a tres días
2. De forma global en el Servicio de Medicina Interna, se pretende evaluar la terapia secuencial de paracetamol, ya que la dosis no es fija, con los datos que registra el Servicio de Farmacia se pretende calcular el ratio de viales de paracetamol IV / comprimidos de 1 gr. Estándar: descendente.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Actividad	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Elaboración de protocolos	X	X								
Sesión informativa		X								
Elaboración de pegatina		X								
Monitorización de la terapia de omeprazol y levofloxacino			X	X	X		X	X	X	X
Monitorización de paracetamol			X	X	X	X				
Información al Servicio/Secciones				X			X			X

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Material de imprenta	400 €
Tablet PC	600 €
TOTAL	1000 €

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>MEJORANDO LA DISPENSACIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO</b>
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Dra Piedad Arazo Garcés
Profesión Médico Adjunto
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet.
Sector de SALUD: Sector II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. UNIDAD DE INFECCIOSOS
Correo electrónico: parazo@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976755500 (2230)

3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Mónica Izuel Rami	Farmacéutica	HU Miguel Servet
2 Dra P. Figueras Villalba	F.E.A.	HU Miguel Servet
3 Dr Fuentes Solsona	J.Sección	HU Miguel Servet
4 Dra P. Arazo Garcés	F.E.A.	HU Miguel Servet
5 Dr. Velilla Marco	J. Sección	HU Miguel Servet
6 Raquel Arrieta	Farmacéutica	HU Miguel Servet
7 Isabel Villar	Farmacéutica	HU Miguel Servet

**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 Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios fue aprobada el 26 de julio determinando un nuevo régimen jurídico en materia de medicamentos genéricos, sustituciones y precios de referencia, así como un nuevo impulso a la dispensación por principio activo, en un contexto caracterizado por la necesidad de implantar medidas de ahorro en el gasto farmacéutico a cargo del sistema sanitario público, todo ello sin merma de la calidad en la atención sanitaria que se dispensa a los ciudadanos.

Con el proyecto se pretende sensibilizar al profesional para la prescripción por principio activo (DOE), evitar errores en la prescripción, simplificar la actividad del médico y de la enfermera, reducir el número de nombres/marcas a recordar y evitar presiones comerciales.

La prescripción por principio activo se inició en Aragón en mayo de 2003 y a fecha de abril de 2008 la prescripción por DOE era del 14,35% inferior a otras CCAA como Andalucía (75%), Cantabria (30%), Castilla León (27%). En el registro que en el sistema de información en la web de farmasalud se observa que en la especialidad de Medicina Interna la prescripción por DOE es del 10.2% en el año 2007 y del 11.2% en el año 2008 (13,8% en la especialidad), no se dispone de datos de la prescripción en pacientes hospitalizados. Con estos datos pensamos que es un área de mejora importante para superar el estándar de la especialidad.

Como causas atribuibles a estos datos en principio se pueden atribuir a la dinámica de prescripción por nombre comercial, a la sensación de menor actividad del genérico, controversias en relación que el genérico no es el más económico, a la presión de la industria farmacéutica y que el facultativo no dispone de la información de su prescripción.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Con este proyecto se esperan los siguientes resultados:

- Promover la prescripción y uso de DOE
- Simplificar el trabajo de enfermería
- Mejorar los resultados observados en el año 2008 en el Servicio de Medicina Interna
- Mejorar de la eficiencia:
  - Reducción de gasto para tanto para el ciudadano como para el SALUD

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Sesión para todo el Servicio de Medicina Interna para informar sobre la garantía de los genéricos y la importancia para disminuir el gasto farmacéutico. Información de los datos de prescripción por DOE del Servicio, de la especialidad y del Hospital y de cada facultativo en los dos últimos años. (Isabel Villar, Raquel Arrieta, Piedad Arazo)
2. Diseñar y elaborar un tarjetón de mesa para ubicarlo en cada despacho y próximo a los ordenadores en el que consten los principios activos con mayor prescripción y definidos en el Contrato de Gestión (Pilar Figueras, Piedad Arazo).
3. Diseñar, elaborar y difundir una tabla de bolsillo con el mismo contenido que el tarjetón

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

- anteriormente referido (Pilar Figueras, Piedad Arazo)
4. Valorar de forma trimestral la prescripción en receta médica en la web de farmasalud (José Velilla, Fernando Fuentes, Piedad Arazo, Pilara Figueras).
  5. Evaluación de la prescripción por DOE y por especialidad farmacéutica en el paciente hospitalizado realizando cortes de de evaluación trimestral (José Velilla, Fernando Fuentes, Piedad Arazo, Pilara Figueras, Isabel Villar y Raquel Arrieta).

### **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. Valoración mensual por los responsables de los datos que se registran en la Web de farmasalud sobre la evolución de la prescripción por DOE: nº de envases prescritos en DOE/total de envases. Estándar < del 13.8%
2. Proporción de prescripción por DOE en el paciente hospitalizado. Cortes de nº de líneas de prescripción en DOE/nº de líneas de prescripción total del subgrupo de genéricos terapéuticos definidos. Estándar: ascendente.
3. Comunicación al Servicio en sesión informativa de forma trimestral. Estándar: 3 sesiones
4. Valorar la tendencia de la prescripción por DOE. Estándar: Tendencia ascendente.

### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

<b>Actividad</b>	<b>M</b>	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>J</b>	<b>J</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	<b>O</b>	<b>N</b>	<b>D</b>
Sesión informativa	X									
Elaboración de tarjeton		X								
Elaboración tabla de bolsillo		X								
Valoración de prescripción por DOE en hospitalizado			X				X			
Valoración de prescripción por DOE en receta			X			X				
Sesión informativa de la prescripción				X			X			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 (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  CONSULTA DE ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES PARA DETECCIÓN DE FARMACOTOXICIDAD, INFORMACIÓN A LOS PACIENTES Y EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR.</p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  Nombre y apellidos  Dolores Pamplona Neri</p>
<p>Profesión  D.U.E.</p>
<p>Lugar de trabajo  HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET</p>
<p>Sector de SALUD:  ZARAGOZA- II</p>
<p>En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.  UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS, CONSULTAS EXTERNAS DE MEDICINA INTERNA</p>
<p>Correo electrónico:  <a href="mailto:jl.villalba@orange.es">jl.villalba@orange.es</a>; <a href="mailto:lsaezcomet@gmail.com">lsaezcomet@gmail.com</a></p>
<p>Teléfono y extensión del centro de trabajo:  976765500 Ext 2799</p>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Luis Sáez Comet	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
2 José Velilla Marco	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
3 Concepción Lite Lampérez	Auxiliar Clínica	Hosp. Univ. Miguel Servet

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  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>Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) son patologías poco frecuentes pero que generan una importante carga asistencial. Incluyen, entre otras, el lupus eritematoso sistémico (LES), la esclerosis sistémica progresiva (ESP), el síndrome de Sjögren, el síndrome antifosfolípido (SAF), las polimiositis-dermatomiositis (PMDM), la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) y las vasculitis sistémicas. Se trata de enfermedades inflamatorias de etiopatogenia autoinmune, con curso crónico y evolución en brotes, lo que supone un importante número de revisiones de los pacientes. En muchos casos se tratan con fármacos inmunosupresores como ciclofosfamida, metotrexato, azatioprina, tacrolimus, ciclosporina y micofenolato, todos ellos potencialmente tóxicos a distintos niveles. También son tratados con frecuencia con fármacos altamente hepatotóxicos como vasodilatadores del grupo de los antagonistas del receptor de la endotelina (bosentán, sitaxentán).</p> <p>La morbimortalidad de estas patologías está sufriendo importantes variaciones en los</p>
--

últimos años. Inicialmente estos pacientes presentaban complicaciones derivadas del curso propio de estas patologías, por afectación visceral a distintos niveles. Esta situación ha cambiado con los fármacos inmunosupresores, presentando estos pacientes complicaciones y morbimortalidad derivada de la toxicidad de estos fármacos.

Por otra parte, el aumento de la supervivencia en estas enfermedades, así como el uso crónico de corticoides, favorece en estos pacientes un fenómeno de arterosclerosis acelerada. Estos pacientes se consideran pacientes de alto riesgo cardiovascular (RCV), presentando una tasa de complicaciones comparada en algunos estudios a los pacientes con 2 ó más factores de RCV o a pacientes diabéticos.

En la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Universitario Miguel Servet (UEAIS-HUMS) controlamos periódicamente a estos pacientes, instaurando con frecuencia tratamientos inmunosupresores. Así, en febrero de 2008 seguimos activamente a unos 950 pacientes en nuestras consultas, de los que unos 83 siguen tratamientos con elevado riesgo de toxicidad: bosentan, sitaxentan, ciclofosfamida, metotrexato, azatioprina, tacrolimus, ciclosporina y micofenolato.

Estos pacientes generan un importante número de revisiones destinadas a la supervisión del tratamiento y a descartar su toxicidad. Hasta la fecha dichas revisiones se llevan a cabo en consulta médica, pero pretendemos sustituir algunas de ellas por consultas de enfermería. Así un paciente bajo estos tratamientos, tendría revisiones en consulta de enfermería (para descartar farmacotoxicidad) y en consulta médica, sin precisar un aumento de sus visitas habituales.

Estas consultas de enfermería en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas se vienen aplicando con éxito en los últimos meses en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. Se han establecido contactos con sus responsables para conseguir información sobre las mismas.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Detección precoz de farmacotoxicidad de los tratamientos instaurados en nuestra unidad, fundamentalmente inmunosupresores y antagonistas del receptor de la endotelina.
- Disminuir el número de revisiones de estos pacientes en consulta médica, sustituyendo algunas de ellas por las consultas de enfermería.
- Detección de pacientes con Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y alto RCV, mediante la aplicación de escalas de RCV.
- Informar de las medidas higiénicodietéticas y de calidad de vida necesarias para estos pacientes con alto RCV.
- Mejorar el trabajo en equipo de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de nuestro centro.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación de una consulta de enfermería para pacientes en tratamiento inmunosupresor y con riesgo de farmacotoxicidad (Responsables Luis Sáez y Dolores Pamplona).
- Creación de un protocolo de seguimiento de pacientes bajo tratamiento inmunosupresor (Luis Sáez y José Velilla).
- Citación en consulta de enfermería de pacientes bajo tratamientos inmunosupresores con riesgo de farmacotoxicidad, fundamentalmente al inicio del tratamiento y posteriormente con periodicidad ajustada a cada tratamiento (Luis Sáez, Concepción Lite y Dolores Pamplona).
- Aplicación de escalas de RCV a pacientes con sospecha de alto RCV (José Velilla, Luis Sáez, Dolores Pamplona).
- Realización de pruebas específicas para la evaluación del RCV: toma de tensión arterial, medidas antropométricas (peso, talla, IMC, cintura abdominal), índice tobillo-brazo, monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA), información sobre medición ambulatoria de presión arterial (AMPA).
- Información de medidas higiénico-dietéticas y de calidad de vida a pacientes con Enfermedades Autoinmunes Sistémicas y alto RCV.

### 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

- Citar al menos a una consulta de enfermería al 20% de los pacientes bajo tratamiento potencialmente tóxico.
- Crear un día mensual (a partir de septiembre de 2009) de consulta de enfermería para evaluación e información sobre RCV.
- Aplicación de escalas de RCV al menos a 50 pacientes sospechosos de alto RCV.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Febrero de 2009:

- Identificación de pacientes bajo tratamiento potencialmente tóxico.
- Creación de un protocolo de seguimiento de pacientes bajo tratamientos potencialmente tóxicos.

Marzo de 2009 → febrero de 2010:

- Inicio de consultas de enfermería para descartar farmacotoxicidad.

Marzo-junio de 2009:

- Detección de pacientes con alto RCV (consulta médica).

Septiembre de 2009 → febrero de 2010:

- Inicio consulta de enfermería mensual para evaluación e información sobre RCV.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Ordenador portátil para consulta de enfermería</i>	800 €
<i>1 equipo multifunción (impresora, escáner, copiadora)</i>	200 €
<i>Esfingomanómetro electrónico de muñeca o brazo</i>	100 €
<i>Esfingomanómetro para medición de índice tobillo-brazo</i>	200 €
<i>Pulsioxímetro de bolsillo</i>	200 €
<i>Material de papelería</i>	100 €
<u>Recursos humanos</u>	
<i>El presente proyecto de calidad NO necesita recursos de personal suplementarios.</i>	
<b>TOTAL</b>	<b>1600 €</b>

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> SEGUIMIENTO CONJUNTO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO POR SOSPECHA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO O ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos Luis Sáez Comet
Profesión Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna
Lugar de trabajo Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
Sector de SALUD: Zaragoza II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: <a href="mailto:lsoezcomet@gmail.com">lsoezcomet@gmail.com</a> ; <a href="mailto:lsoezc@salud.aragon.es">lsoezc@salud.aragon.es</a> ;
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 ext 2799

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José Velilla Marco	Jefe Sección	Hosp. Univ. Miguel Servet
2 José Manuel Campillos Maza	Jefe Sección	Hosp. Univ. Miguel Servet
3 Pilar Andrés	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
4 Isabel Lahoz Pascual	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
5 María Lapresta	FEA	Hosp. Univ. Miguel Servet
6 Alberto Pérez Falo	Jefe Sección	Hosp. Univ. Miguel Servet

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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>Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) y el síndrome antifosfolípido (SAF) son patologías que afectan habitualmente a mujeres jóvenes y por tanto en edad fértil. Dichas patologías presentan una importante morbilidad maternofoetal durante la gestación. Por una parte, los cambios hormonales que se producen en la gestación pueden influir en la aparición de "brotos" de enfermedad autoinmune durante el embarazo o puerperio. Por otra parte, el síndrome antifosfolípido es una entidad caracterizada por la presencia de anticuerpos antifosfolípido y trombosis o patología obstétrica. Esta patología obstétrica incluye abortos de repetición, pérdidas fetales, retraso de crecimiento fetal intraútero, prematuridad, eclampsia y preeclampsia.</p> <p>La Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UEAIS) del Servicio de Medicina Interna controla periódicamente pacientes con estas patologías. En febrero de 2009 revisa periódicamente unos 191 pacientes con lupus eritematoso sistémico, 175 pacientes con síndrome antifosfolípido y 96 pacientes con lupus eritematoso sistémico</p>
---

y síndrome antifosfolípido asociado. Muchos de estos pacientes son mujeres, y muchas de ellas en edad fértil, por tanto susceptibles de presentar embarazo, con los riesgos que conlleva para estas pacientes y sus fetos. En el síndrome antifosfolípido, un embarazo sin tratamiento tiene sólo un 20% de posibilidades de terminar en un recién nacido vivo sin complicaciones. Con tratamiento adecuado, este porcentaje puede aumentar hasta un 90%.

La Unidad de Alto Riesgo Obstétrico lleva a cabo el seguimiento obstétrico de las pacientes de Alto Riesgo en general, presentando especial atención a pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, pero sin coordinación con la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

El presente proyecto pretende conseguir una coordinación adecuada entre la UEAIS y la UAR, para conseguir un seguimiento conjunto de las pacientes embarazadas con enfermedades autoinmunes sistémicas y así disminuir la morbimortalidad materno-fetal de estas pacientes: abortos, pérdidas fetales, reactivación de enfermedad autoinmune, prematuridad, retraso de crecimiento fetal intraútero, preeclampsia y eclampsia, trombosis materna puerperal, bloqueo cardíaco congénito, lupus neonatal...

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Detección de pacientes de riesgo de presentar complicaciones materno-fetales, por la presencia de antecedentes obstétricos (abortos, pérdidas fetales, preeclampsia, eclampsia, abruptio anteparto), antecedentes de enfermedad autoinmune y/o detección de anticuerpos propios de estas patologías (anticuerpos antinucleares, anti-Ro, anticuerpos antifosfolípido).

Seguimiento conjunto de estas pacientes con una visita mensual, tanto en las consultas externas de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico como en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Se podrá ajustar la periodicidad de las visitas en función de las complicaciones que puedan aparecer a lo largo de la gestación.

Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de las complicaciones obstétricas que se produzcan en estas pacientes.

Disminución de morbimortalidad materno-fetal de estas pacientes.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación de un protocolo de detección y seguimiento de pacientes con embarazos de alto riesgo por sospecha de enfermedad autoinmune o síndrome antifosfolípido (Dres. Sáez y Andrés).
- Citación mensual de las pacientes seleccionadas en las consultas de la Unidad de Alto Riesgo y en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (todo el equipo).
- Detección precoz y tratamiento de las complicaciones obstétricas de las pacientes seleccionadas (Dres. Campillos, Andrés, Lahoz, Lapresta, Dr. Pérez Faló).

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

- Detección precoz y tratamiento de las complicaciones autoinmunes de las pacientes seleccionadas (Dr. Sáez y Dr. Velilla).
- Realización de sesiones conjuntas de la Unidad de Alto Riesgo y de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas para comentar las pacientes seleccionadas (todo el equipo).

<p><b>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b></p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y <b>señalar al menos dos indicadores</b> que se van a utilizar para su monitorización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización al menos de una sesión mensual conjunta de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico y de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, exceptuando los meses de julio y agosto.</li> <li>• Inclusión en el protocolo conjunto de seguimiento del 90% de las pacientes embarazadas con enfermedades autoinmunes sistémicas.</li> <li>• Realización de estudio completo de autoinmunidad, trombofilia, ecocardiografía fetal y eco-doppler de arteria uterina a las pacientes seleccionadas, según los riesgos obstétricos presentes.</li> </ul>
---

<p><b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b></p> <p>Indicar el calendario de las actividades previstas</p> <p>Febrero de 2009:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión bibliografía.</li> <li>• Elaboración criterios de inclusión.</li> <li>• Elaboración protocolo de estudio inicial y seguimiento.</li> </ul> <p>Abril de 2009 → Abril de 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de pacientes y seguimiento de las mismas</li> </ul> <p>Abril de 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de resultados y propuestas de mejora.</li> </ul>
--

<b>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</b>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Ordenadores portátiles tipo "netbook" x 3	1200 €
Equipo multifunción (impresora, escáner, copiadora)	200 €
Material fungible y de papelería	100 €
<u>Recursos humanos</u>	
El presente proyecto de calidad NO necesita recursos de personal suplementarios.	
TOTAL	1500 €



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Eliminación del legrado sistemático en los abortos espontáneos
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos José Manuel Campillos Maza
Profesión Médico especialista en Obstetricia y Ginecología.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: Área II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Obstetricia. Unidad de Medicina Materno-Fetal.
Correo electrónico: jmcampillos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 (ext. 3621 o 3464)

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Pilar Andrés Oros	Médico	Hospital Universitario Miguel Servet
2 Isabel Lahoz Pascual	Médico	Hospital Universitario Miguel Servet
3 María Lapresta Moros	Médico	Hospital Universitario Miguel Servet

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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... El 15% de las gestaciones finalizan en aborto. De estos, aproximadamente un 40% evolucionan de forma natural hacia un proceso de aborto espontáneo. En este grupo de pacientes, se realizan legrados evacuados casi de forma sistemática, procedimiento que requiere un ingreso, un procedimiento anestésico y un procedimiento quirúrgico, con los riesgos que ello conlleva. La posibilidad de disminuir estos procedimientos invasivos, mediante la evaluación ecográfica del espesor endometrial, disminuiría la morbilidad asociada, aumentaría el grado de satisfacción de la usuaria y produciría un ahorro importante en el costo del proceso.
---

<b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b> 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.
--

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminución en un 50% de los procedimientos de legrado, en los abortos espontáneos que no requieran una actuación inmediata.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Revisión bibliográfica importante. Artículos, guías clínicas, protocolos internacionales. (todo el equipo)
2. Elaboración de un protocolo previo sobre la actuación en estos procesos. (Dr. Campillos)
3. Exposición a todos los miembros de la plantilla que realizan guardias en los Servicios implicados. (Dra. Andrés)
4. Comienzo en la aplicación del protocolo. (todo el equipo)
5. Evaluación de resultados. (Dra. Lapresta)

## 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

Recogida de datos de los procesos quirúrgicos del quirófano de urgencias y quirófano de obstetricia programado.

Indicadores:

- Tasa de legrados de urgencia sobre el total de legrados obstétricos.
- Tasa de legrados en relación al número de partos.

## 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

**Primer trimestre:** revisión bibliográfica y elaboración de protocolo.

**Segundo trimestre:** exposición del nuevo protocolo a miembros de la plantilla implicados en la realización de guardias y comienzo en la aplicación del protocolo.

**Tercer y cuarto trimestre:** afianzamiento en al aplicación del protocolo y evaluación de resultados



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> INCREMENTO DE LA TASA DE PARTO VAGINAL EN LA GESTANTE CON CESÁREA ANTERIOR
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Isabel Lahoz Pascual
Profesión Médico especialista en Obstetricia y Ginecología
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: Área II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Obstetricia. Unidad de Medicina Materno-Fetal.
Correo electrónico: jmcampillos@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 (ext. 3621 o 3464)

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Pilar Andrés Oros	Médico	Hospital Universitario Miguel Servet
2 José Manuel Campillos Maza	Médico	Hospital Universitario Miguel Servet
3 María Lapresta Moros	Médico	Hospital Universitario Miguel Servet

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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 gestante con cesárea anterior siempre tiene un mayor riesgo de cesárea en embarazos posteriores, con el aumento de morbilidad materno fetal que esto implica y las repercusiones posteriores y el menor índice de fertilidad voluntaria a que esto da lugar.</p> <p>La inducción de gestantes con cesárea anterior con métodos farmacológicos en condiciones obstétricas desfavorables, conlleva un riesgo importante para la madre y el feto.</p> <p>La introducción de la sonda de doble balón como método de maduración mecánico y el bajo riesgo materno-fetal, así como los buenos resultados que conlleva, puede dar lugar a una disminución importante en la realización programada de cesáreas cuya única causa sea la cesárea anterior, con la disminución de morbilidad apropiada al cambio de método.</p>

<b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b>
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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminución de la tasa de cesáreas programadas cuya única causa sea la cesárea anterior con condiciones obstétricas desfavorables.
- Disminución de la morbilidad materna que acompaña a este tipo de procedimientos
- Disminución de la tasa global de cesáreas del Servicio y por consiguiente, del Hospital.
- Aumento de la tasa de parto vaginal en cesárea anterior.
- Aumento del grado de satisfacción de la usuaria.
- Disminución de la estancia, procedimientos invasivos y morbilidad materna, con el ahorro correspondiente.

## 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Elaboración de un protocolo de asistencia a las gestantes que va dirigido el procedimiento. (Dr. Campillos)
2. Evaluación de las gestantes con cesárea anterior a término, como candidatas al procedimiento de maduración cervical mecánica. (responsables todos los componentes del equipo)
3. Explicación a la paciente del método a utilizar, los beneficios y riesgos y la evolución del procedimiento. (todo el equipo)
4. Programación de la maduración cervical. (todo el equipo)
5. Aplicación del método (sonda de doble balón) a la gestante seleccionada. (todo el equipo).
6. Evaluación de los resultados (Dra. Lapresta)

## 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 recogerán dentro las causas de cesárea programada, aquellas debidas a cesárea anterior exclusivamente.

Se recogerán en el informe de alta (HP Doctor), la forma de finalización de las maduraciones cervicales con el método elegido.

Indicadores:

- Tasa de cesárea anterior programada para cesárea solo por ese motivo.
- Porcentaje que supone la cesárea anterior dentro de la programación de cesárea en Obstetricia.

## 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

**Primer trimestre del año:** elaboración del protocolo, aprendizaje de la técnica

**Segundo trimestre del año:** selección de pacientes, aplicación del método y comienzo de recogida de resultados.

**Tercer y Cuarto trimestre del año:** desarrollo y perfeccionamiento en la aplicación del método, evaluación de resultados.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

IDONEIDAD EN EL MANEJO DE LA DISTOCIA INTRAPARTO. APLICACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA PRACTICA CLÍNICA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

DR. SERGIO CASTÁN MATEO

Profesión

FACULTATIVO ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sector de SALUD:

SECTOR II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE OBSTETRICIA. UNIDAD DE PARITORIOS Y URGENCIAS

Correo electrónico:

scastan@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500 Ext: 3128

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Dra. Belen Rodriguez Solanilla	FEA	HUMS
2 Dra. Susana Tejero Sancho	FEA	HUMS
3 Dra. Yasmina Jose Gutierrez	FEA	HUMS
4 Dra. Eva Tejero	MIR I	HUMS
5 Dra. Silvia Ortega	MIR I	HUMS
6 Dra. Belén Royo	MIR I	HUMS
7		

### 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 distocia intraparto se define como parto difícil, de mala evolución o que progresa anormalmente. Es un término que engloba diversas anomalías que comprometen la evolución fisiológica del parto y por lo tanto van a ocasionar la necesidad de intervenir para finalizar el parto de manera instrumental o quirúrgica.

Dentro de su etiología se encuadran anomalías del motor del parto (hipodinamias, disdinamias, hiperdinamias) anomalías del feto (situación, posición, rotación, descenso) y anomalías del canal del parto (pelvis, canal blando, tumores previos).

Supone la causa más frecuente e importante de las indicaciones para realizar cesárea intraparto tal como queda reflejada en ámbitos nacionales (encuesta de Datos Perinatales) donde constituye el 44% de las indicaciones, así como en ámbitos internacionales (ACOG) donde refieren que la distocia intraparto condiciona el 50% de las cesáreas.

En nuestro Servicio de Obstetricia la indicación de finalizar el parto distócico mediante

cesárea se produce en el 35% de indicaciones, erigiéndose en la principal causa de parto quirúrgico. El parto instrumental (fórceps, ventosa) se incrementa de manera notable ante la evolución anormal del expulsivo.

La mejora en el manejo de la distocia supone un reto fundamental para conseguir una apropiada idoneidad en las indicaciones ajustada a la evidencia científica.

Conseguir una adecuada y eficiente gestión clínica dentro de las Unidades que realizan la asistencia al parto, requiere una correcta aplicación de criterios, definiciones, diagnóstico y manejo de las anomalías que ocasionan una evolución tórpida del parto.

Evitar indicaciones sin rigor y acomodarlas a evidencia científica supone incrementar la calidad en busca de la excelencia.

La adecuación del manejo de la distocia supone un objetivo difícil y árduo en la asistencia obstétrica de las Unidades que tienen como misión la asistencia al parto y por ello debe constituir uno de los principales objetivos de mejora asistencial ya que condiciona de manera superlativa la incidencia de cesáreas y partos instrumentales.

Base de Datos Perinatales. SEGO. 2004

ACOG. Practice Bulletin nº 49. 2003. Dystocia and Augmentation of labor.

Dystocia in Nulliparous Women. Am Fam Physician 2007; 75: 1671-8

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Adequar definiciones y criterios en el diagnóstico y manejo de la distocia intraparto para evitar variabilidad clínica y lograr criterios de uniformidad asistencial

Racionalizar la idoneidad de la indicación de cesárea por distocia intraparto que supone la principal indicación a nivel nacional y mundial

Reducir el parto instrumental derivado del manejo del expulsivo estacionado

Ofrecer mayor calidad científica aplicando niveles de evidencia a la gestión clínica de la distocia y conseguir mayor calidad técnica en el personal obstétrico al mejorar su formación y habilidad en el estilo de práctica clínica

Ajustar el consumo de recursos de manera eficiente al reducir intervencionismo asistencial y períodos de hospitalización

Mayor satisfacción de la gestante al otorgarle mayor oportunidad de parto vaginal evitando riesgos inherentes al parto quirúrgico e instrumental

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Elaborar protocolo de actuación clínica con algoritmos decisorios en el manejo de la distocia intraparto (Dr. Castán)

Realizar formación y motivación del personal obstétrico responsable de decisiones clínicas para conseguir mayor calidad (Dr. Castán)



Adecuar el manejo idóneo de la distocia del motor del parto: anomalías de dinámica uterina (Dra. Rodriguez y Dra. Eva Tejero)

Adecuar el manejo idóneo de la distocia del feto: anomalías de situación, posición, rotación y descenso (Dra. Susana Tejero y Dra. Silvia Ortega)

Adecuar el manejo de la distocia del canal del parto: pelvis, canal blando, tumores previos Dra. José y Dra. Royo)

Autoevaluación y explotación de resultados para poder establecer líneas de mejora continua de manera dinámica en la asistencia de la distocia intraparto (Dra. Rodriguez, Dra. Susana Tejero, Dra. José)

#### 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

Reducción de la tasa de indicación de cesárea por distocia intraparto: conseguir alcanzar tasa cercana al 25% (nacional del 44%)

Reducir tasa de parto instrumental: conseguir alcanzar 1-2% de descenso en la instrumentación obstétrica

Implicar y motivar al personal obstétrico con decisión clínica de actuación para que aplique criterios de idoneidad en su actividad: alcanzar cifras cercanas al 75% de personal facultativo que se ciña a criterios de idoneidad

#### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio: Marzo 09

Elaboración de protocolo: Marzo-Mayo 09

Formación del personal: Marzo-Mayo 09

Recogida de datos: trimestrales y semestrales

Análisis de datos: semestral y anual 09

Autoevaluación y propuestas de mejora: Diciembre 09



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORAR Y ADECUAR EL DIAGNÓSTICO DE LA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO MEDIANTE EL USO COMBINADO DE LA FIBRONECTINA Y LA CERVICOMETRÍA UTERINA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

YASMINA JOSÉ GUTIÉRREZ

Profesión

MEDICO ADJUNTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA (HUMS)

Sector de SALUD:

SECTOR III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE OBSTETRICIA. SECCIÓN PARITORIOS Y URGENCIAS DE MATERNIDAD

Correo electrónico:

jvgutierrezblasco@eresmas.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500 Hospital Miguel Servet. Extensión: 3130/3128

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Belén Rodríguez Solanilla	FEA	HUMS
2Susana Tejero Sancho	FEA	HUMS
3Esther Cruz Guerreiro	FEA	HUMS
4Sergio Castan Mateo	FEA	HUMS
5Belén Royo Arilla	MIR	HUMS
6Eva Tejero Cabrejas	MIR	HUMS
7Silvia Ortega Marcilla	MIR	HUMS

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

El parto pretérmino es uno de los problemas más importantes de la obstetricia actual. Representa del 6-10% de los nacimientos en los países desarrollados. Los neonatos prematuros tienen una mortalidad y morbilidad elevada y generan un consumo de recursos sanitarios elevado.

Hasta ahora el diagnóstico de la amenaza de parto prematuro se ha basado en métodos clásicos como la exploración vaginal y el registro tocográfico de la dinámica uterina.

El manejo clínico de la paciente que presenta una amenaza de parto pretérmino generalmente implica la hospitalización, siendo uno de los motivos más frecuentes de ingreso por causa obstétrica en nuestro medio hospitalario. La evidencia científica actual indica que la estancia media hospitalaria por este motivo en la mayoría de los países desarrollados varía de 5 a 8 días. La prevalencia de parto pretérmino en las

pacientes ingresadas por amenaza de parto prematuro oscila entre el 10 y el 30 %. Si nos basamos únicamente en los métodos diagnósticos clásicos anteriormente descritos, con un valor predictivo bajo, la estancia hospitalaria puede alargarse de forma innecesaria en pacientes con bajo riesgo de parto prematuro.

Parecía por tanto necesario encontrar nuevos métodos diagnósticos, de aplicación sencilla y con unos costes económicos razonables, que mejoren la precisión diagnóstica de la amenaza del parto prematuro, reduciendo los ingresos y tratamientos tocolíticos innecesarios, sin incrementar los porcentajes de prematuridad o reingreso debido a síntomas recurrentes.

Tras revisar la bibliografía disponible sobre el tema, se elaboró un protocolo asistencial en nuestro Servicio, basado en la medición ecográfica de la longitud cervical y la determinación de la fibronectina fetal en la secreción cervico-vaginal.

Este protocolo tendrá la finalidad de identificar el parto pretérmino en etapas iniciales, para poder comenzar a aplicar un tratamiento adecuado (disminuir la actividad uterina, prolongar la gestación el máximo posible y aplicar medidas para favorecer la maduración pulmonar fetal...) y evitar tanto ingresos hospitalarios como tratamientos innecesarios a aquellas pacientes que presentan bajo riesgo de manifestar un parto pretérmino. Diversos investigadores han demostrado que la combinación de ambas pruebas, es decir: la medición ecográfica de la longitud cervical y el test de fibronectina, aumentaría la capacidad para predecir el parto pretérmino con mayor sensibilidad y un valor predictivo negativo superior al logrado utilizando estas técnicas por separado. La existencia de un cérvix largo y una prueba de fibronectina negativa, haría innecesaria la intervención tocolítica, pudiendo así disminuir en número de tratamientos frente a la amenaza de parto prematuro, actuando sólo en los casos en que la intervención médica estuviera realmente indicada.

#### **Bibliografía:**

1. Gomez R, Galasso M, Romero R, Mazor M, Sorokin Y, Goncalves, Treadwell M. *Ultrasonographic examination of the uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact membranes.* Am J Obstet Gynecol 1994; 171:956-64.
2. Iams J, Goldenberg R, Meis P, Mercer B, Moawad A, Das A et al. *The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery.* N Engl J Med 1996; 334:567-72.
3. Guzman ER, Walters C, Ananth CV, O'Reilly-Green C, Benito CW, Palermo A, Vintzileos AM. *Cervical length and spontaneous prematurity: laying the foundation for future interventional randomized trials for the short cervix.* Ultrasound Obstet Gynecol 2001 Sep; 18(3): 195-199.
4. Tsoi E, Akmal S, Rane S, Otigbah C, Nicolaidis KH. *Ultrasound assessment of cervical length in threatened preterm labor.* Ultrasound Obstet Gynecol. 2003 Jun;21(6):552-5.
5. Fuchs IB, Henrich W, Osthues K, Dudenhausen JW. *Sonographic cervical length in singleton pregnancies with intact membranes presenting with threatened preterm labor.* Ultrasound Obstet Gynecol. 2004 Oct;24(5):554-7.
6. Berghella V, Ness A, Bega G, Berghella M. *cervical sonography in women with symptoms of preterm labor.* Obstet Gynecol Clin North Am. 2005 Sep; 32(3):383-96.
7. Botsis D, Papagianni V, Vitoratos N, Makrakis E, Aravantinos L, Creatsas G. *Prediction of preterm delivery by sonographic estimation of cervical length.* Biol Neonate. 2005; 88(1):42
8. Schmitz T, et al. *Selective use of sonographic cervical length measurement for predicting imminent preterm delivery in women with preterm labor and intact membranes.* Ultrasound Obstet Gynecol. 2008 Apr;31 (4): 421-6
9. Peacemean AM, Andrews WW, Thorp JM, Cliver SP, Lukes A, Iams JD, et al.

Fetal fibronectin as a predictor of preterm births in patients with symptoms: a multicenter trial. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:13-8

10. Honest H, Bachmann LM, Gupta JK, Kleijnen J, Khan KS. Accuracy of cervicovaginal fetal fibronectin test in predicting risk of spontaneous preterm birth: systematic review. BMJ 2002; 325:301.
11. Tekesin I, Marek S, Hellmeyer L, Reitz D, Schmidt S. Assessment of rapid fetal fibronectin in predicting preterm delivery. Obstet Gynecol.2005 Feb; 105(2):280-4.
12. Leitich H, Egarter C, Kaider A, Hohlagschwandtner M, Berghammer P, Husslein R. cervicovaginal fetal fibronectin as a marker for preterm delivery: a meta-analysis. Am J obstet Gynecol 1999; 180(5):1169-76.
13. Joffe D, Burton B, Bernis-Heys R, et al. Impact of the fetal fibronectin assay on admissions for preterm labor. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:581-6.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1- Adecuación de un protocolo asistencial de actuación ante la amenaza de parto pretérmino que integre nuevos métodos diagnósticos (fibronectina oncofetal y cervicometría por ecografía transvaginal). Métodos diagnósticos, más eficaces que los clásicos.
- 2- Discriminar la falsa amenaza de parto prematuro de la real mediante el uso de pruebas diagnosticas sencillas, no invasivas, fáciles de aplicar, reproducibles y con un coste económico razonable.(Aumentar la efectividad y la eficiencia)
- 3- Disminuir la tasa de ingresos por falsa amenaza de parto pretérmino.
- 4- Disminuir los tratamientos tocolíticos innecesarios, con sus posibles efectos adversos y coste económico asociado.(Mejorar la eficiencia)
- 5- Detección de las pacientes con riesgo elevado de amenaza de parto prematuro para lograr la maduración pulmonar fetal con corticoides y disminuir la morbi-mortalidad asociada a los recién nacidos pretérmino.
- 6- Detección de la amenaza de parto pretérmino que precise un tratamiento tocolítico para frenar las manifestaciones clínicas y evitar la progresión hacia un parto pretérmino.
- 7- Mejorar y disminuir el consumo de recursos sanitarios sin incrementar las tasas de prematuridad. (Eficacia y eficiencia).
- 8- Mejora de la calidad asistencial de las pacientes que acuden a urgencias con sintomatología clínica de amenaza del parto prematuro.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsable

A la gestante que acuda a urgencias de maternidad con síntomas clínicos de amenaza de parto pretérmino (APP) se re realizarán las siguientes exploraciones por parte de los médicos especialistas de Obstetricia y Ginecología:

- Realización de anamnesis e historia clínica de la paciente (*Dras Tejero C, Royo y Ortega*)
- Maniobras de Leopold y comprobación de vitalidad fetal (*Dras. Tejero C, Royo y Ortega*)
- Prueba de la fibronectina oncofetal (*Dra. José*)
- Exploración cervical, mediante tacto vaginal (*Dras. Tejero C, Royo y Ortega*)
- Cervicometría por ecografía trasnvaginal (sonda de 5 MHZ) (*Dra. Rodríguez*)
- Registro tocográfico de las contracciones uterinas (*Dra. Tejero S*)

El ingreso en planta de patología materno fetal se realizará en función de los resultados obtenidos en las diferentes pruebas, la clínica de la paciente y el criterio de los médicos especialistas, según lo establecido en el protocolo asistencial de la APP en nuestro Servicio.

**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 atendidas en urgencias de maternidad por APP a las que se les realiza la prueba de la fibronectina y la cervicometría/Total de pacientes atendidas en urgencias de maternidad por APPx100: % **esperado >50%**
2. Nº de ingresos por APP en planta que cumplen criterios establecidos en el protocolo/Nº total de ingresos en planta por APPx100: % **esperado >60%**
3. Disminución de la tasa de ingresos por APP real: **esperado 10%**
4. Nº partos pretermino < 37 semanas al año/total de partos en ese año x100

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Inicio: Febrero 2009

Recogida de datos: mensual

Evaluación: trimestral/semestral

Autoevaluación definitiva: anual

10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
CÁMARA FOTOGRÁFICA REFLEX DIGITAL	600€
IMPRESORA MULTIFUNCIÓN	300€
TOTAL	900€

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA Y DEL DEFICIT DE HIERRO EN EL EMBARAZO GEMELAR.
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos: MARIA LAPRESTA MOROS
Profesión Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología.
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza
Sector de SALUD: Zaragoza II.
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Unidad de Medicina Materno-Fetal. Servicio de Obstetricia
Correo electrónico: marialapresta@yahoo.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 ext. 3621

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 José Manuel Campillos Maza	Jefe de sección	HUMS. Zaragoza
2 Pilar Andrés Oros	FEA	HUMS. Zaragoza
3 Isabel Lahoz Pascual	FEA	HUMS. Zaragoza
4 Raquel Crespo Esteras	FEA	HUMS. Zaragoza
5 Marta Latre Peralta	Matrona	HUMS. Zaragoza

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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 anemia es una enfermedad con elevada prevalencia y con un gran impacto sobre la morbilidad y mortalidad feto-materna. Los efectos que la anemia posee sobre la madre y el feto están determinados fundamentalmente por la alteración que produce sobre la oxigenación tisular. Una concentración de hemoglobina sérica inferior a 11 g/dl se ha relacionado con un mayor riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad y retraso del crecimiento intrauterino. La anemia ferropénica representa más del 90% de las anemias diagnosticadas durante la gestación y puede ser secundaria a una ingesta insuficiente, a enfermedades sistémicas que cursen con malabsorción intestinal ó a procesos infecciosos.</p> <p>Aunque históricamente se han utilizado los niveles de hemoglobina en sangre para definir el déficit de hierro y la anemia ferropénica, se considera que ni los niveles de hemoglobina en</p>



sangre ni la concentración de hierro sérico son buenos indicadores. Hay que considerar que podría existir depleción de las reservas de hierro con niveles normales de hemoglobina circulante y que además, los niveles de hierro en sangre pueden fluctuar según la ingesta reciente de hierro. La ferritina sérica se considera un mejor indicador del estado de las reservas de hierro en el organismo.

En los países industrializados no existe consenso sobre la administración profiláctica de hierro a las mujeres gestantes. Un adecuado balance férrico durante el embarazo implica reservas de hierro de al menos 500 mg en el momento de la concepción. Además, en la segunda mitad del embarazo los requerimientos de hierro no pueden ser cubiertos exclusivamente con la dieta. La profilaxis sistemática con hierro y folatos durante la gestación parece incrementar significativamente los niveles de hemoglobina y ferritina sérica y reduce la prevalencia de anemia ferropénica en el momento del parto en países occidentales. Sin embargo, existe insuficiente información sobre el impacto de esta medida preventiva sobre la morbi-mortalidad materna y fetal y no se ha demostrado que la administración de suplementos de hierro posea efectos positivos sobre el peso al nacer u otras complicaciones gestacionales.

El embarazo gemelar constituye una gestación de elevado riesgo obstétrico, por su mayor tasa de complicaciones maternas y fetales. Además, en este tipo de embarazos se encuentran habitualmente agravados los déficits nutricionales y presentan una mayor prevalencia de anemia ferropénica y déficit de hierro.

Se necesita aplicar más esfuerzo para desarrollar e implementar programas, tanto para prevenir como para controlar la anemia en la población gestante, especialmente aquella de riesgo elevado, como los embarazos múltiples. Es esencial entender cuales son las diferencias existentes entre anemia y deficiencia de hierro, así como prescribir de forma cuidadosa e individualizada suplementos de hierro y polivitamínicos. . Sería necesario determinar si todas las gestantes son subsidiarias de recibir suplementos con hierro, qué momento del embarazo es el más adecuado para hacerlo y qué dosis es la óptima.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Analizar la prevalencia al inicio del embarazo de anemia ferropénica y déficit de hierro en las pacientes con embarazo gemelar remitidas a consultas externas de la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
- Control analítico periódico a lo largo del embarazo en la Consulta de la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza mediante hemograma y estudio del metabolismo del hierro, para detectar en que momento de la gestación aumenta de forma más importante el déficit de hierro en el embarazo gemelar .
- Valorar la necesidad de realizar profilaxis de la anemia ferropénica en el embarazo gemelar y establecer dosis según parámetros analíticos, clínicos y

resultados obtenidos.

- Protocolizar las dosis y vías de administración de preparados con hierro en gestantes con embarazo gemelar, en virtud de los niveles de hemoglobina y ferritina sérica.
- Analizar si existe una asociación entre bajo peso al nacer y retraso del crecimiento fetal con los niveles de ferritina y hemoglobina en la gestación gemelar.
- Valorar la incidencia de anemia ferropénica y déficit de hierro durante el puerperio, estableciendo una relación con la existencia previa de anemia durante el embarazo y con el tipo de parto.

### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Citación periódica de las gestaciones gemelares para efectuar un control analítico y detectar precozmente la anemia y el déficit de hierro (Marta Latre).
- Creación de un protocolo de detección y seguimiento de anemia ferropénica y déficit de hierro en el embarazo gemelar (Dra. Lapresta, Dra. Crespo)
- Establecer criterios unificados para la profilaxis y el tratamiento de la anemia ferropénica y la ferropenia en la gestación múltiple (Dr. Campillos, Dra. Lahoz, Dra. Andrés).
- Creación y cumplimentación de una base de datos informatizada de las gestaciones gemelares controladas en la Unidad de Medicina Materno-Fetal del HUMS, para recoger los resultados de los controles analíticos, tratamientos aplicados y resultados perinatales obtenidos (Todos los miembros del Equipo).
- Realización de sesiones de la Unidad de Medicina Materno-Fetal para evaluar los resultados y valorar la necesidad de aplicar el protocolo a otras gestaciones de riesgo (Todos los miembros del Equipo).

### 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

- Sesión conjunta de todos los miembros del equipo de mejora, con una periodicidad, al menos bimensual, para poner en común datos sobre la evolución del proyecto, los resultados obtenidos y posibles líneas de mejora.
- Inclusión en el protocolo de detección precoz y durante la gestación de la ferropenia de al menos el 80% de los embarazos gemelares controlados y finalizados en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
- Realización periódica (al menos una determinación en cada trimestre de embarazo) de controles analíticos mediante hemograma y estudio del metabolismo del hierro.
- Evaluación retrospectiva de los tratamientos aplicados y de la adecuación de dosis y preparados. Análisis de los efectos adversos medicamentosos más comunes de los preparados de hierro administrados.

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Marzo-Abril 2009:
  - Revisión bibliográfica.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de un protocolo de diagnóstico y seguimiento.</li> <li>- Elaboración de una guía para la prescripción racional de suplementos de hierro en las gestantes con embarazo gemelar según parámetros clínicos y analíticos.</li> </ul> <p>- Abril-Mayo 2009 / Abril-Mayo 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusión de pacientes y seguimiento de las mismas.</li> </ul> <p>- Mayo 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación de resultados e intervenciones.</li> <li>- Protocolización del diagnóstico y tratamiento de las gestantes con embarazo gemelar y ferropenia.</li> <li>- Valoración de la necesidad de incluir a otras gestantes de riesgo obstétrico elevado en el programa de prevención.</li> </ul>
--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Ordenador portátil	600 €
Impresora	150 €
Material de papelería (clasificadores / fichas..)	100 €
<b>TOTAL</b>	<b>850 €</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**Endometriosis: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico. Efectividad, coste y resultados de dos alternativas en el tratamiento médico. Guía de practica clínica.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Fernando Puig Ferrer.

Profesión

Médico Especialista en Obstetricia y Ginecología.

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

Hospital Miguel Servet. Hospital Materno-Infantil.

Sector de SALUD:

II y V.

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Servicio de Ginecología

Correo electrónico:

fpuigf@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976765500. Extensión 3223.

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Cesar Rodrigo Conde	Medico	Hospital Miguel Servet
2Alberto Lanzon Laga.	Medico	Hospital Miguel Servet
3Raul Bolea Tobajas	Medico	Hospital Miguel Servet
4Laura Baquedano Mainar	Medico	Hospital Miguel Servet
5Marta Lamarca Ballesterro	Medico	Hospital Miguel Servet

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

Según datos publicados en el año 2004 por el American College of Obstetrics and Gynecology la incidencia de esta enfermedad en pacientes con dolor pélvico crónico es del 33%, oscilando en el grupo de pacientes asintomáticas entre el 10 y el 22%. En general su incidencia en el grupo de mujeres en edad fértil oscila entre el 8% y el 15%, presentando el 30-40% de ellas infertilidad. En un estudio publicado en el año 2007 por S. Simoens en la revista Hum. Reprod. Update, el coste anual por paciente en el apartado correspondiente a asistencia sanitaria es de 2800 dólares, mientras que por perdida de productividad es de 1000 dólares/año.

Debido a la gran variabilidad existente en la practica clínica de este proceso, sus alternativas terapéuticas son múltiples, no existiendo todavía un tratamiento que haya demostrado ser superior a los demás. Sin embargo lo que sí sabemos es que dentro de las dos opciones terapéuticas más utilizadas, el coste de cada tratamiento es llamativamente diferente: Si utilizamos la opción de tratar a la paciente con análogos de GnRh durante seis meses el coste de dicho tratamiento es de 960 euros, mientras que si la opción elegida es anticoncepción hormonal oral su coste es de 80 euros.

Con el objetivo de mejorar los resultados de la atención, disminuir los riesgos derivados de la misma, mejorar la utilización de los recursos y crear una guía de practica clínica de este proceso, presentamos este proyecto de mejora de la calidad asistencial referente al proceso Endometriosis.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Saber cual es la incidencia de este proceso en la población que asistimos, cuales son nuestros resultados en su tratamiento y cual es la mejor opción terapéutica que debemos asociar a la cirugía, así como cual es el coste final del tratamiento médico asociado. Crear una guía de practica clínica de este proceso, para mejorar los resultados, disminuir los riesgos y mejorar la utilización de los recursos disponibles.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

- Identificar la incidencia de este proceso en nuestro medio.
- Valorar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico.
- Identificar cual es el mejor tratamiento médico que asociamos al tratamiento quirúrgico; para ello dividiremos a las pacientes en dos ramas; un grupo será tratado con análogos de GnRh y otro con anticoncepción oral.
- Comprobación de cual de estos dos tratamientos médicos presenta mejor relación coste/resultados.
- Crear una guía de practica clínica.

#### **8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

La evaluación del proyecto se realizará mediante una revisión de las historias clínicas de las pacientes diagnosticadas de esta enfermedad, estudiando las diferentes variables: Prevalencia, tipo de tratamiento, número de recidivas, coste económico de las dos opciones terapéuticas y número de gestaciones posteriores.

#### **9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Años 2009 y 2010: Introducción en el estudio de todas las pacientes diagnosticadas de endometriosis que acuden a nuestro servicio para estudio y tratamiento.

Años 2011 y 2012: Revisión de las historias clínicas y comprobación de los indicadores referidos en el estudio. Presentación de resultados y conclusiones.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Material Inventariable: Ordenador portátil y equipo multifunción</u>	<u>1500</u>
<u>Material fungible: cartuchos de impresora, folios, fotocopias, material de divulgación, etc.</u>	<u>600</u>
<u>Cursos, Congresos y actividades formativas del personal investigador.</u>	<u>3000</u>
TOTAL	5100

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

#### CAPACITACIÓN DEL PERSONAL PARA SISTEMATIZAR LA RECOGIDA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

BELÉN RODRÍGUEZ SOLANILLA.

Coordinadora de Calidad Servicio de Obstetricia

#### Profesión

Facultativo Especialista de Área de Obstetricia y Ginecología.

#### Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)

Sección de Paritorio y Urgencias. Servicio de Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet.

#### Sector de SALUD:

Sector II

#### En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE OBSTETRICIA. SECCIÓN PARITORIOS Y URGENCIAS DE MATERNIDAD

#### Correo electrónico:

brodriguez@salud.aragon.es

#### Teléfono y extensión del centro de trabajo:

(976)76-55-00 Extensión 3130

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Sergio Castán Mateo	Jefe Sección	Maternidad HUMS.
Susana Tejero Sancho	FEA	Maternidad.HUMS
Yasmina José Gutierrez	FEA	Maternidad.HUMS
Javier Tobajas Homs	Jefe Servicio	Maternidad.HUMS
Sofía Gotor	Supervisora	Maternidad.HUMS
Luz Gotor	Supervisora	Maternidad.HUMS
Silvia Ortega	MIR	Maternidad.HUMS
Eva Tejero	MIR	Maternidad.HUMS
Belén Royo	MIR	Maternidad.HUMS

### 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 el año 2006 el hospital Miguel Servet se incorporó, junto a otro centro de la comunidad autónoma, al programa de recogida de la sangre de cordón umbilical. Dicha incorporación se justificó por diversas razones:

- Necesidad creciente de recursos hemoterápicos encaminados al trasplante de progenitores hematopoyéticos para su uso autonómico, nacional e internacional. Basado en el progresivo grado de aplicación de las células progenitoras hematopoyéticas contenidas en la sangre de cordón umbilical.
- Demanda social progresiva de las gestantes para la donación altruista de

sangre de cordón umbilical, considerado de otra manera como producto de desecho.

- Incremento del pull de tipos HLA propios de nuestra región geográfica, lo que facilitará las búsquedas de progenitores compatibles para la población autóctona.
- Disponibilidad de progenitores hematopoyéticos, no destinados a la terapéutica hematológica, que podrán ser cedidos para programas de investigación médica.
- Justificación de la negativa de autorización de Bancos de Sangre de Cordón antólogos que en un futuro puedan querer instalarse en nuestra Comunidad Autónoma.

Se eligió el Banco de Sangre y Tejidos de Barcelona como centro de depósito, procesado y distribución de la sangre de cordón de la Comunidad Autónoma de Aragón por los siguientes motivos:

- Insuficiente número de partos en la Comunidad Autónoma de Aragón para permitir un número de donaciones de cordón que hicieran viable su almacenamiento desde el punto de vista clínico, logístico y económico.
- Proximidad de Zaragoza con la Comunidad Autónoma de Cataluña y las rápidas conexiones por carretera.
- Experiencia y calidad del Banco de Sangre y Tejidos de Barcelona, con el mayor número de cordones almacenados de los Bancos europeos y los mejores resultados clínicos de los mismos.

En el inicio de la creación del Programa de Donación de Sangre de Cordón con finalidad altruista en Aragón (ARAGONCORD):

- Se escogió un Coordinador Obstétrico en cada centro, uno por lo tanto en el Hospital Miguel Servet.
- Se realizó una primera reunión informativa-formativa por parte del personal del Banco de Sangre y Tejidos de Barcelona, dirigida a facultativos y matronas del Hospital Miguel Servet.
- Comenzó una primera fase de prueba para conseguir la acreditación de nuestro centro como certificado para la recogida de sangre de cordón. En dicha fase de validación únicamente recogieron las unidades 3 facultativos de la sección de paritorios para disminuir la variabilidad, ya que somos un centro con más de 50 matronas y más de 40 facultativos.

Tras conseguirse la acreditación para el Hospital Miguel Servet estamos intentando aumentar el número y la calidad de unidades recogidas en nuestro centro, así como mejorar la motivación y capacitación del personal implicado en el mismo.

Durante este tiempo hemos detectado una serie de problemas que deseamos subsanar con esta iniciativa:

1. El personal implicado en la recogida de sangre de cordón es muy numeroso, y en su mayoría con una deficiente formación respecto a dicha técnica.
2. De forma mensual se nos envía una relación de unidades enviadas, su volumen y calidad y su posibilidad de procesado. Hemos observado:
  - Unidades con insuficiente o incorrecta cumplimentación de los datos de los documentos remitidos junto a la unidad de sangre de cordón.
  - Unidades con falta de firma de la paciente en el documento de consentimiento informado.
  - Excesivo número de unidades desechadas en el Banco de sangre de Cordón por cantidad de sangre insuficiente para ser procesadas.
  - Excesivo número de unidades enviadas al Banco de sangre de Cordón



- o no procesadas por contaminación.
  - o Excesivo número de unidades enviadas al Banco de sangre de Cordón no acompañadas de fragmento de cordón umbilical y/o tubos de sangre materna.
3. Parte del personal implicado en la recogida se siente poco partícipe del proyecto y escasamente motivado respecto al mismo. Posiblemente esto está en relación con la percepción subjetiva de escasa capacitación para colaborar con calidad en el mismo.
  4. Parte del personal implicado en la recogida tiene escasos conocimientos de recursos para la resolución de problemas derivados de la recogida de sangre de cordón:
    - o No han realizado cursos para formación específica.
    - o Desconocen la existencia o la ubicación de un Manual de Procedimientos, disponible en el área de paritorios desde el inicio del proyecto.
    - o Dependen de otras personas para la recogida, lo que disminuye su autonomía.
  5. Se recoge un número de unidades de sangre de cordón, que si bien cumple con los mínimos pactados, es inferior a nuestras posibilidades reales potenciales.
  6. Algunas pacientes deseadas de donar sangre de cordón o candidatas a ello no lo hacen por falta en ese momento de una persona disponible formada.
  7. Desconocimiento por parte de casi todo el personal de realizar para su capacitación y actualización de un "Curso on line de donación y obtención de sangre de cordón" organizado por el Banco de Sangre y Tejidos de Barcelona.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1) **Formación del personal para sistematizar la recogida de sangre de cordón umbilical:**
  - o Minimizar la variabilidad en el sistema de recogida de sangre de cordón umbilical.
  - o Disminuir el número de unidades rechazadas en el Banco de Cordón por:
    - Insuficiente o incorrecta cumplimentación de los datos de los documentos remitidos junto a la unidad de sangre de cordón.
    - Falta de firma de la paciente en el documento de consentimiento informado.
  - o Disminuir el número de unidades desechadas en el Banco de sangre de Cordón por cantidad de sangre insuficiente para ser procesadas.
  - o Disminuir el número de unidades enviadas al Banco de sangre de Cordón no procesadas por contaminación.
  - o Disminuir el número de unidades enviadas al Banco de sangre de Cordón no acompañadas de fragmento de cordón umbilical y/o tubos de sangre materna.

- 2) **Mejorar la percepción subjetiva de capacitación del personal en la recogida de sangre de cordón umbilical:**
  - Avanzar en nuestro sentimiento de equipo, ya que en el proceso del parto intervienen profesionales de diferentes niveles asistenciales.
  - Aumentar la motivación de matronas y facultativos respecto a la recogida de sangre de cordón umbilical.
- 3) **Mejorar el conocimiento de recursos para la resolución de problemas derivados de la recogida de sangre de cordón:**
  - Aumentar la autonomía de la persona responsable del parto para recoger sangre de cordón umbilical sin precisar un compañero disponible.
- 4) **Aumentar el porcentaje de partos con recogida de sangre de cordón umbilical:**
  - Al mejorar la preparación del personal y su motivación respecto a la recogida de sangre de cordón.
- 5) **Mejorar la satisfacción de las usuarias por:**
  - Aumentar la disponibilidad de recogida de sangre de cordón umbilical.
  - Mejorar la calidad de la información transmitida a la gestante candidata a recogida de cordón umbilical.
  - Mejorar la preparación de los profesionales implicados en el parto para satisfacer las dudas planteadas por la paciente o su pareja, acerca de la recogida de sangre de cordón umbilical.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Formación de equipo multidisciplinar, constituido por representantes de todos los colectivos implicados en la recogida de sangre de cordón umbilical: facultativos, matronas y auxiliares. *(Dr. Castán)*
- 2.- Diseño, por parte del equipo, de un plan de actuación para mejorar la capacitación del personal para sistematizar la recogida de sangre de cordón umbilical. *(Dra. Tejero)*
- 3.- Motivación por parte del equipo a todo el personal a la realización del "Curso on line de donación y obtención de sangre de cordón" organizado por el Banco de Sangre y Tejidos de Barcelona. Su objetivo es mantener al personal sanitario de las maternidades formado, así como disponer de un listado actualizado de personas capacitadas tal como requieren los estándares de calidad NETCORD. *(Dr. Castán)*
- 4.- Realización de una sesión para sistematizar nuestra actuación en la recogida de cordón umbilical. Presentación dirigida a los colectivos implicados. *(Dra. José)*
- 5.- Elaboración de panel didáctico destinado a ser colocado en los paritorios para facilitar la sistematización de recogida de sangre de cordón. *(Dra. Rodríguez)*
- 6.- Presentación periódica de resultados remitidos desde el Banco de Cordón para mejorar el sentimiento de participación del personal en el proyecto. *(Dra. Rodríguez)*
- 7.- Recogida de datos en una base para manejo posterior de los mismos para futuras:
  - Comunicaciones y/o publicaciones.
  - Evaluación interna de nuestros datos.*(Sofía Gotor/Luz Gotor)*

**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 de su implantación: Diciembre 2009:**

- Encuesta a facultativos, matronas y auxiliares del Servicio de Obstetricia implicados en el proceso del parto para evaluar:
  - Su percepción de capacitación para desempeñar su tarea en la recogida de sangre de cordón umbilical.
  - Participación en formación sobre recogida de sangre de cordón umbilical sesión hospitalaria, curso "on line".
  - Conocimiento de recursos para la resolución de problemas derivados de la recogida de sangre de cordón:
    - Manual (siempre disponible en zona de dilatación).
    - Panel didáctico.
    - Teléfono de contacto del Banco de sangre de cordón.

**INDICADORES:**

- Porcentaje de personal que ha recibido formación sobre recogida de sangre de cordón umbilical: sesión hospitalaria, curso "on line".
  - Índice actual: ND (no disponible).
  - Objetivo 2009: >80%.
- Porcentaje de personal que se siente capacitado para la recogida de sangre de cordón umbilical.
  - Índice actual: 30%.
  - Objetivo 2009: >80%.
- Porcentaje de personal que conoce los recursos para la resolución de problemas derivados de la recogida de sangre de cordón.
  - Índice actual: 30%.
  - Objetivo 2009: >80%.
- Porcentaje de partos con recogida de sangre de cordón umbilical.
  - Índice actual: 7%.
  - Objetivo 2009: 10%.





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE (HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET): INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

Ana Belén Subirón Valera

Profesión

Matronas

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Servicio de Obstetricia y Ginecología

Correo electrónico:

asubiron@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 765500 ext 3112 (paritorios)

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Raquel Luque Carro		
Javier Tobajas Homs	Obstet-gin	HUMS
Sergio Castán Mateo	Obstet-gin	HUMS
Belén Rodríguez Solanilla	Obstet-gin	HUMS
Encarna Sanz de Miguel	Matrona	HUMS
Belén Sabater Adan	Matrona	HUMS
Carmen Sanz Hernandez	Matrona	HUMS
Sofía Gotor Colás	Matrona	HUMS
Luz Gotor Colás	Matrona	HUMS
Elena Ortega Lacambra	Matrona	HUMS
M <sup>a</sup> Esther Monserrat Cantera	Matrona	HUMS
Beatriz Marchador Pinillos	Matrona	HUMS
Isabel Monserrat Blasco	Matrona	HUMS
Pilar Martinez Santisteban	Matrona	HUMS
Mariama Tunkara	Mediadora cultural	
Isatou Gerew	Mediadora cultural	
Coumba Sow	Mediadora cultural	
Voluntarios de médicos del mundoAragón	Médico, enfermera, asistente social.....	

### 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 con el programa de prevención de la mutilación genital femenina el cual ha sido desarrollado satisfactoriamente en las convocatorias de mejora de calidad desde el año 2002 en el HCU y desde el año 2008 también en el HUMS.

El proyecto de mejora en la salud reproductiva de la población inmigrante está dirigido en

el momento actual en 2 líneas de actuación:

1. Elaboración de una guía informativa de asistencia prenatal dirigida a la población inmigrante
2. Programa de prevención de la mutilación genital

Informar de todos los casos detectados de M.G.F en el HCU y HUMS a las mediadoras socioculturales y visita de las mismas durante la estancia en el hospital tras el parto. Con este proyecto se persigue una doble finalidad, por un lado hacer una labor preventiva tras la formación y evitar que esta mutilación se la practiquen a las hijas y por otro mejorar la asistencia obstétrica en este grupo de mujeres.

#### 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

*Los resultados expuestos en la presente solicitud, corresponden a los obtenidos por el HCU durante los años de seguimiento de proyecto:*

1. Distribución del cuaderno de control del embarazo y asistencia del recién nacido:

El cuaderno de control del embarazo y asistencia al recién nacido ya se diseñó y entregó en los proyectos de calidad anteriores pero no se ha editado ni distribuido en los centros sanitarios donde pudiera ser de utilidad para la población inmigrante.

2. Prevención de MGF:

En el HCU y en el HUMS se ha intentado identificar y registrar todos los casos de MGF en 2008. Una vez detectados, se ha llamado a la mediadora sociocultural para que visitara a las mujeres durante su estancia en el hospital tras el parto.

La mayoría de las actividades se han realizado satisfactoriamente pero a raíz de la incorporación al programa del Hospital Miguel Servet, Mariama Tunkara, la única mediadora responsable de las entrevistas intrahospitalarias orientadas a la prevención de la MGF, se ha visto sobrepasada de trabajo y no ha podido acudir en ocasiones antes del alta hospitalaria de las madres ingresadas.

Para solucionar este problema durante el año hemos trabajado conjuntamente (Hospital Clínico, Hospital Miguel Servet y voluntarios de Médicos del Mundo) en la formación de dos nuevas mediadoras, Isatu Gerew (Nigeria) y koumba Sow (Senegal) y elaboración de nuevos folletos y encuestas que les faciliten su trabajo de mediación.

3. Análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades:

Se ha realizado el análisis estadístico del libro de paritorios del año 2008, en ambos hospitales, incluyendo los países del área subsahariana en los que la práctica de la mutilación genital femenina todavía está presente.

4. 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 y HUMS. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido:

Se dispone del folleto informativo sobre MGF en el cuarto de reanimación del recién

nacido y se ha identificado a los recién nacidos con riesgo de sufrir MGF (hijas de madres con MGF) en nuestros centros.

Se ha anotado en el libro de paritorios (no siempre) el tipo de MGF independientemente del sexo de recién nacido (puede haber hermanas mayores u otros familiares que se beneficien de la acción informativa).

Se ha hecho una sesión clínica con los profesionales del HUMS para informar sobre la MGF y conseguir la correcta identificación, diagnóstico y registro, por parte de las matronas de la unidad, en el libro de partos.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Distribución en las consultas externas, ambulatorios y centros de especialidades del Sector II de Zaragoza donde se asiste a población inmigrante, la guía de asistencia prenatal en diferentes idiomas.
2. Identificación de todas las nacionalidades de las mujeres que dan a luz en el HUMS. 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 les entrega un tríptico explicando los riesgos de este tipo de mutilación y al mismo tiempo se complementa una encuesta. Se espera sensibilizarlas para que no se reproduzca dicha práctica.
4. Asociaciones de inmigrantes gambianas, senegalesas y árabes recibirán talleres de control prenatal, planificación familiar y salud sexual donde se abordan las consecuencias físicas y psicológicas de la mutilación genital femenina.
5. Se darán 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 de la guía de asistencia prenatal 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.  
Javier Tobajas Homs, Sergio Castán Mateo, Belén Rodríguez Solanilla.
2. Análisis estadístico del libro de paritorios según nacionalidades.  
Raquel Luque Carro, Ana Belén Subirón Valera
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 HUMS. Anotación en el libro de paritorios del tipo de MGF y el sexo del recién nacido.  
Encarna Sanz de Miguel, Carmen Sanz Hernandez, Beatriz Marchador.
4. Aviso a Médicos del Mundo cuando se produce un nacimiento de una madre originaria de alguno de los países donde la práctica de la mutilación femenina es



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

- habitual. Sofía Gotor Colás, Luz Gotor Colás, Beatriz Marchador, Pilar Martinez
5. Entrevista personalizada por mediadoras ya formadas a estas familias para prevenir futuras mutilaciones. Utilizando la encuesta y el tríptico sobre los riesgos de la MGF elaborada en el pasado año.  
Mariama Tunkara, Isatu Gerew, Coumba Sow
  6. Talleres de información de control prenatal y planificación familiar a asociaciones de inmigrantes  
Mariama Tunkara , Isatou Gerew, Coumba Sow 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.  
Belen Sabater. Maria Esther Monserrat Cantera.

### 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. Guías disponibles en las consultas, ambulatorios y centros de salud.
2. **Análisis estadístico del libro de paritorios realizado y publicación de los datos sobre MGF, junto a HCU.**
3. Número y nacionalidad de las mujeres de países de riesgo, que dan a luz en el Hospital Miguel Servet en 2009.
4. Número de entrevistas realizadas y evaluación de la calidad de las mismas.
5. **Talleres de información realizados en asociaciones: gambianas, árabes, senegalesas y otras comunidades que lo soliciten.**
6. Distribución del dossier con herramientas para la prevención de la MGF en centros de salud de Zaragoza y Aragón.

### 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: convocatoria 2009                      Fecha de finalización:2010

Calendario: Ya se está realizando algunas actividades en continuación con los programas anteriores.

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.

Están previstos talleres sobre salud sexual y reproductiva para la comunidad gambiana de Zaragoza que se impartirán por voluntarios de médicos del mundo Aragón en 2009, con una periodicidad mensual.

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.



Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>MEJORA DE LA TRANSMISION DE INFORMACION TERAPEUTICA AL PACIENTE POR MEDIO DE AYUDAS VISUALES Y ESCRITAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA DE OFTALMOLOGÍA y CONSULTAS EXTERNAS.</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Nombre y apellidos <b>ANTONIO SANCHEZ PEREZ</b>
Profesión <b>FACULTATIVO ESPECIALISTA AREA OFTALMOLOGIA. PROFESOR ASOCIADO. Responsable de Calidad del Servicio.</b>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET</b>
Sector de SALUD: <b>SECTOR II</b>
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. <b>SERVICIO DE OFTALMOLOGIA</b>
Correo electrónico: <a href="mailto:asanch@telefonica.net">asanch@telefonica.net</a>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765558 / 976765500 extension 2863 / 2868

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
<b>Clemencia Torron Fernandez Blanco</b>	<b>Jefe Sección</b>	<b>Oftalmologia Miguel Servet (Area Maculas)</b>
<b>Rafael Duarte Fernandez</b>	<b>FEAS</b>	<b>Farmacia Miguel Servet</b>
<b>Isabel Villar Fernandez</b>	<b>FEAS</b>	<b>Farmacia Miguel Servet</b>
<b>Fco Javier Fernandez Tirado</b>	<b>FEAS</b>	<b>Oftalmologia Miguel Servet (Area Neurooftalmologia)</b>
<b>Susana Perez Oliván</b>	<b>FEAS</b>	<b>Oftalmologia Miguel Servet (Area Glaucoma)</b>
<b>Emilio Abecia MARTINEZ</b>	<b>FEAS</b>	<b>Oftalmologia Miguel Servet (Area Retinas)</b>
<b>Dr. Victoria Pueyo Royo</b>	<b>FEAS</b>	<b>Oftalmologia Miguel Servet (Area Infantil)</b>

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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>Durante el <b>proceso terapéutico de relación médico-paciente</b> pueden aparecer problemas relacionados con la medicación, como efectos adversos, fármacos no indicados, cumplimiento inadecuado, dosis inadecuadas que pueden ocasionar morbilidad y/o modificación de la respuesta farmacoterapéutica deseada, con el</p>

consiguiente incremento de los costes sanitarios y afectación para la salud y la calidad de vida de los pacientes.

El problema alcanzan hasta el 22% de los pacientes (se ha cuantificado en diversos estudios que entre un 0,2% y un 21,7% de los pacientes, tanto en el medio hospitalario como ambulatorio, diferencias que pueden explicarse por la falta de estandarización de los métodos de notificación y explicación.

La elevada presión asistencial, el elevado número de ingresos y rotaciones conlleva que el tiempo para la anamnesis y para la historia sea reducido y que en muchos casos, la historia farmacoterapéutica e **instrucciones no se puedan realizar en profundidad y se produzcan discrepancias en la información registrada**, En el sistema sanitario es frecuente que un **mismo paciente sea atendido por distintos profesionales** en todo el circuito, médicos de Atención Primaria y Especializada, farmacéuticos, etc. No existe una conexión rápida y completamente fiable entre la historia clínica de Atención Primaria y la de Especializada, por lo que a información se trasvasa un sistema a otro mediante el envío de informes médicos o la aportación de éstos por el paciente en el momento de su encuentro con el facultativo que le atiende. El paciente aparece como la fuente principal de información sobre su terapia lo que puede llevar a que a uso incorrecto de los medicamentos y automedicación no referida.

En las **unidades de cirugía mayor ambulatoria de oftalmología, el alta del paciente es un punto clave**. El paciente pasa de un medio controlado en el que la medicación se le suministra por parte de enfermería, a un medio externo ambulante no controlado, en el que el propio paciente tiene que tomar los medicamentos de manera correcta, superando los diversos problemas que pueden surgir. Uno de los aspectos de la asistencia médica en la que los pacientes expresan mayor insatisfacción es en la información dada a ellos por los profesionales sanitarios. El paciente debe recibir información suficiente, apropiada y efectiva para asegurar tanto una buena adherencia como un buen cumplimiento.

#### **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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Existen protocolos de tratamiento solo con contenido escrito y realizados por cada médico o unidad en particular.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Especialmente en las **Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria y en los procesos de transición entre niveles asistenciales y entre los diversos profesionales** que atienden a un mismo individuo. La mejora en la comunicación e

información médico –paciente y el mejor conocimiento de cada paciente sobre su terapia puede conllevar a una mayor cumplimiento del mismo y una mejora de los resultados en salud, así como, un más alto nivel de satisfacción de los usuarios de nuestro sistema de salud. También supone una disminución del riesgo de aparición problemas asociados al empleo inadecuado de los tratamientos.

## **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

### **Proporcionar información verbal y escrita a los pacientes en momento del alta de cirugía ambulatoria sobre su tratamiento farmacológico en el domicilio:**

- Evitar las posibles confusiones en la toma de su medicación.
- Aportar información para un mayor conocimiento de la acción de los fármacos en su organismo: indicaciones, efectos secundarios más frecuentes.

Se consideran **pacientes subsidiarios de información al alta de CMA** aquellos con un cierto grado de complejidad farmacoterapéutica :

- pacientes con 3 o más colirios o fármacos prescritos al alta
- pacientes mayores de 65 años.
- pacientes con dificultades para la comprensión del tratamiento prescrito, independientemente de su edad o del número de fármacos prescritos.
- Pacientes que estuvieran internados en residencias socio-sanitarias o centros para la tercera edad donde la administración del tratamiento farmacológico puede depender de personal no sanitario especializado.

**Para cada paciente subsidiario del programa se elabora un informe y gráfico horario mediante el programa Infowin® con los medicamentos que se le han prescrito en el informe de alta de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulante para administración en su domicilio.**

La elaboración de estos informes dependen de cada uno de los facultativos especialistas responsable de cada área de atención médico-quirúrgica.

**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 pacientes con información visual y escrita / número pacientes unidad CMA que cumplen los criterios de inclusión.

Correcto cumplimiento o nivel de satisfacción en encuesta/ número pacientes unidad CMA que cumplen los criterios de inclusión.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

1.Elaboración por parte de los facultativos responsables de cada unidad de los protocolos: 3 meses.

2.Elaboracion conjunta entre el servicio de Farmacia y de Oftalmologia de los documentos protocolos mediante InfoWin: 3 meses.

3.Aplicación en la práctica en la Unidad de Cirugía Mayor y con posterioridad en Consultas Externas.

4.Ajuste de protocolos médico y de documentos Infowin.

5.Indicadores de cumplimiento.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

PROCESO ASISTENCIAL DEL MELANOMA MALIGNO CUTÁNEO (SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE 2008)

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

TERESA DE JESÚS PUÉRTOLAS HERNÁNDEZ

Profesión

FACULTATIVO ESPECIALISTA

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sector de SALUD:

II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Correo electrónico:

tjuertolas@wanadoo.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-765500 (ext:3823 o ext:1133)

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
Teresa Baringo Fuentes	M. Especialista en Medicina Nuclear	H. Miguel Servet
Rosa Baldellou	M. Especialista en Dermatología	H. Miguel Servet
Alberto Bavai Fernández-Sanguino	M. Especialista en Cirugía General	H. Miguel Servet
Pilar Cebollero Benito	M. Especialista en Cirugía General	H. Miguel Servet
Jorge Alfaro	M. Especialista en Anatomía Patológica	H. Miguel Servet
Carlos Olivares Arnal	M. Especialista en Cirugía Plástica	H. Miguel Servet
M <sup>a</sup> Luisa Zubiri Ara	M. Especialista en Dermatología	H. Miguel Servet

### 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 estos dos últimos años desde el subcomité del ganglio centinela en el melanoma maligno cutáneo (MMC) del Hospital Miguel Servet, hemos estado trabajando para mejorar y homogeneizar la atención que se presta a los pacientes con MMC. Para ello realizamos reuniones periódicas en las que se comentan los casos y se toman decisiones consensuadas sobre la forma de actuar, basándonos en la descripción del proceso y la realización de una guía de práctica clínica que elaboramos previamente.

Actualmente se acaba de incorporar otro hospital a la realización del ganglio centinela en el MMC, por lo que creemos conveniente que la homogeneización de criterios en la forma de actuar es muy importante.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2008 hemos realizado 18 reuniones en las que se han comentado los pacientes con MMC remitidos a nuestra área. Además hemos elaborado una hoja de registro de los pacientes a los que se les realiza la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y hemos revisado algunas historias de los pacientes a los que se les ha realizado hace tiempo la BSGC con el fin de disponer de los datos de recaída y de supervivencia actualizados.

Por otro lado, hemos elaborado un tríptico para divulgar entre los especialistas relacionados directamente con la BSGC en el MMC (cirujanos, dermatólogos, cirujanos plásticos y oncólogos), con el fin de disminuir la variabilidad a la hora de actuar frente a una lesión sospechosa de melanoma y así optimizar y racionalizar los recursos. Por último, hemos revisado y actualizado la guía clínica.

De los indicadores que nos propusimos medir el primero era relativo al número de reuniones realizadas (18) frente a las planificadas (18), con un cumplimiento del 100%; se consideró que para que las reuniones pudieran considerarse adecuadas debían estar representados al menos el 50% de los servicios intervinientes, lo que ocurrió en el 77,7% de las reuniones.

El segundo indicador relativo al proceso protocolo, hace referencia al número de pacientes con MMC a los que se les ha realizado el ganglio centinela (15) respecto de todos los pacientes valorados en el comité (34), siendo el porcentaje obtenido del 44,12%. Debemos destacar que como decidimos comentar todos los pacientes, a los que no se les realizó el ganglio centinela (19) fue por:

- En 10 casos fue porque no reunían criterios para realizarlo por ser el Breslow menor de 1 mm sin factores de riesgo asociados (52,63%)
- En 3 casos no se realizó por la edad del paciente y la patología asociada (15,79%)
- En 3 casos por el tipo de intervención realizada (ampliación, colgajo) que hace inviable la realización de la técnica (15,79%)
- En 2 casos no se lo quisieron realizar los pacientes (10,52%)
- En 1 caso el paciente se realizó el ganglio centinela en un centro privado (5,26%).

Con el fin de disminuir el número de casos en los que no se puede realizar el ganglio centinela por el tipo de cirugía practicada previamente, se ha considerado indicado seguir trabajando en la formación e información de todos los profesionales implicados en el proceso del MMC y hacerlo extensivo a los médicos de atención primaria, para facilitar una mayor optimización de los recursos.

## 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

### Objetivos Generales

- Continuar con la mejora en la coordinación de los distintos servicios intervinientes.
- Proseguir con actividades encaminadas a disminuir la variabilidad en el diagnóstico, control y seguimiento del Melanoma Maligno.
- Conseguir una mayor optimización y racionalización de los recursos.
- Favorecer la formación continuada de los profesionales intervinientes.

### Objetivos específicos

- Difusión de la Guía Clínica de BSGC en el MMC.
- Difusión de los criterios para la realización de la Biopsia del Ganglio centinela en el MMC entre los profesionales directamente implicados y los médicos de familia del sector
- Mantener las reuniones del subcomité de MMC identificando nuevas áreas de mejora en su funcionamiento, además de continuar con la actualización de los datos de seguimiento de los pacientes a los que se les ha realizado la BSGC.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las actividades irán encaminadas a la continuación y difusión del proceso así como a la detección de puntos críticos, en cuyo caso se realizará un ciclo PDCA.

- 1.- Difusión del tríptico informativo sobre el manejo del ganglio centinela en el MMC entre los especialistas directamente implicados en el proceso de nuestra área.
- 2.- Actualización de la Guía Clínica de BSGC en el MMC
- 3.- Difusión de la Guía Clínica de la BSGC en el MMC.
- 4.- Elaboración de un tríptico para los Médicos de Atención Primaria
- 5.- Difusión del tríptico entre los Médicos de Atención Primaria del Sector
- 6.- Mantener las reuniones del subcomité con hoja de registro de los pacientes.
- 7.-Evaluación de resultados.

**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

$$\text{Indicador proceso protocolo} = \frac{\text{Nº pacientes con MMC con ganglio centinela realizado}}{\text{Nº pacientes con MMC valorados en comité}} \%$$

$$\text{Indicador realización} = \frac{\text{Nº reuniones subcomité realizadas}}{\text{Nº reuniones subcomité planificadas.}}$$

Aclaración: Mínimo dos mensuales, excepto periodo vacacional. Los servicios representados serán Anatomía patológica, Cirugía general, Cirugía plástica, Dermatología, Medicina nuclear y Oncología. Deberá haber representantes del 50 % de los servicios para considerarse adecuada.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA FINALIZACIÓN
Reuniones periódicas para comentar pacientes y revisión de BSGC realizadas	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	De enero 2009 a diciembre de 2009, dos mensuales salvo periodo vacacional
Difusión del tríptico a especialistas relacionados	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	31 Marzo de 2009
Actualización y difusión de la Guía Clínica	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	30 Junio 2009
Implantación de la Guía Clínica	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	Noviembre 2009
Elaboración de tríptico para Médicos Atención primaria	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	30 Junio 2009
Difusión tríptico a Médicos Atención Primaria	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	Octubre de 2009
Evaluación	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	Diciembre 2009
Presentación de los resultados	Subcomité de Ganglio Centinela en MMC	Diciembre 2009



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MEJORA EN LA INFORMACIÓN AL CLIENTE EXTERNO (PACIENTE INGRESADO) EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

M<sup>a</sup> JOSÉ VIZOSO ROMÁN

Profesión

DUE

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, ONCOLOGIA, 8º HMI

Sector de SALUD:

II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

ONCOLOGIA MEDICA

Correo electrónico:

mjvizioso@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976-765644

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Eulalia Pérez Cebrián	Auxiliar Clínica	H.U.M Servet
2 M <sup>a</sup> José Vizoso Román	DUE	H.U.M Servet
3 José Luis Pérez Barreiro	Celador	H.U.M Servet
4 Reyes Guallart Calvo	Supervisora Enfermería	H.U.M Servet
5 Pilar Murillo Escuer	DUE	H.U.M Servet
6 M <sup>a</sup> Luz Uriel del Hoyo	Auxiliar Administrativo	H.U.M Servet
7 Teresa Puértolas Hernández	M. Especialista	H.U.M Servet

### 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...

A partir de las encuestas de satisfacción del paciente ingresado que se nos envían trimestralmente, detectamos que existían varias "quejas" sobre la identificación del médico asignado a cada paciente durante su ingreso y la presencia de otros déficits informativos relacionados con características del ingreso como puede ser que los pacientes que ingresan de madrugada no reciben la información oportuna.

En primer lugar realizaremos un análisis del problema identificando las causas mediante una tormenta de ideas para clasificarlas construyendo un diagrama de espina de pescado-Ishikawa-. Posteriormente elaboraremos unos criterios e indicadores. Para establecer los estándares, ya que carecemos de ellos, llevaremos a cabo una encuesta a 30 pacientes ingresados.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El primer objetivo es la introducción de la metodología de calidad en el trabajo en la planta del servicio de oncología, mediante la creación de un grupo de mejora que en este proyecto pretende conseguir los siguientes resultados:

- mejorar la calidad de la atención e información recibida por parte del cliente externo
- favorecer la participación del cliente externo en el funcionamiento del servicio

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Las actividades se realizarán según la metodología clásica de los ciclos de mejora continua de calidad:

Actividades	Responsables
Análisis del problema: identificación de causas	Grupo de trabajo en calidad
Análisis del problema: realización de encuesta	M <sup>a</sup> Eulalia Pérez Cebrián, M <sup>a</sup> José Vizoso Román, José Luis Pérez Barreiro y Pilar Murillo Escuer
Elaboración de criterios	Grupo de trabajo en calidad
Elaboración de indicadores	Grupo de trabajo en calidad
Identificación de áreas de mejora	Grupo de trabajo en calidad
Implantación de las mismas	Servicio de oncología

**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

La evaluación se realizará a final de año

**INDICADORES**

- N<sup>o</sup> pacientes que han recibido información por escrito del funcionamiento de la planta de Oncología /N<sup>o</sup> total de encuestados x 100  
Periodo: últimos 5 meses
- N<sup>o</sup> pacientes que en caso necesario recibieron información oral/N<sup>o</sup> total de encuestados x 100  
Periodo: últimos 5 meses
- N<sup>o</sup> pacientes que consideran la información recibida útil o muy útil /N<sup>o</sup> total de encuestados x 100  
Periodo: últimos 5 meses

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Análisis del problema: Febrero 2009
- Elaboración de criterios e indicadores: Marzo 2009
- Elaboración de la encuesta: Marzo 2009
- Dar la encuesta: Abril 2009
- Recoger los datos y establecer los estándares: Mayo 2009
- Causas y acciones de mejora: de junio a octubre de 2009
- Reevaluación: noviembre de 2009



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

**1.- TÍTULO**  
 Consolidar un sistema de mejora continua en la vigilancia y control de infecciones asociadas a asistencia sanitaria causadas por gérmenes resistentes

**2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO**  
 Nombre y apellidos  
 M<sup>a</sup> Jesús Hernández Navarrete  
 Profesión  
 Médico Adjunto de Medicina Preventiva  
 Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc)  
 HUMS  
 Sector de SALUD:  
 Zaragoza 2  
 En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.  
 Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUMS  
 Correo electrónico:  
 mjhernandezn@salud.aragon.es  
 Teléfono y extensión del centro de trabajo:  
 976 76 55 00 (2731)- 976 76 55 57 Directo

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

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Antonio Rezusta López	Médico FEA	Microbiología HUMS
2 Carlos Lapresta Moros	Médico FEA	Medicina Preventiva HUMS
3 Purificación Lebrero Ors	Enfermera	Medicina Preventiva HUMS
4 M <sup>a</sup> José Revilla Pinilla	Médico Jefe Servicio	Microbiología HUMS
5 Victor Gonzalez Sanz	Médico Presidente Comisión Infecciones	UCI HUMS
6 Carlos Ramos Paesa	Medico FEA	Medicina Interna HUMS
7 José Luis arribas Llorente	Médico Jefe de Servicio	Medicina Preventiva HUMS

**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 de los pacientes constituye uno de los objetivos más importantes de la asistencia sanitaria. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), antes conocidas por infecciones nosocomiales, representan el 25% de los efectos adversos detectados en nuestro país (ENEAS 2005).

La emergencia de gérmenes resistentes a múltiples antibióticos ha generado un importante problema de salud, universalmente reconocido, y que en la actualidad su incidencia es fundamentalmente en estas IAAS, aunque extendiéndose como una amenaza ya objetivada en algunos de ellos, como el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) a la comunidad. Nuestro equipo ha detectado 2 de estos casos.

Los patógenos resistentes más frecuentemente detectados en la IAAS son, además de SAMR, *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenemes, enterobacterias

(*Pseudomonas*, *Klebsiella*, etc.) y *E. coli* productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEA), Enterococo resistente a vancomicina, etc. La emergencia de algunos de ellos es exclusivamente oportunista (*Acinetobacter baumannii*), otros están asentados ampliamente en la comunidad (*E. coli* –BLEA).

Nuestro hospital detecta brotes esporádicos, de IAAS-GMR diferentes a SAMR

Las medidas de control son semejantes y se basan en medidas higiénicas de barrera. La detección de portadores por screening

En el Hospital Miguel Servet, un equipo multidisciplinar ha puesto en marcha una línea de mejora continuada sobre IAAS por gérmenes multirresistentes desde 2007. Los objetivos de mejora de los 2 primeros años, se han centrado en un único germen, el SAMR. La priorización a dicho germen se sustentaba en la situación desfavorable tras un benchmarking con los datos nacionales existentes.

#### SITUACIÓN ACTUAL

El sistema de vigilancia activa está desarrollado en UCIs de adultos, Cirugía Cardíaca, Hemodiálisis, ULME y Urgencias. Expectativas próximas MI y Angiología y Cirugía Vasculár Periférica

La proporción de portadores nasales al ingreso en unidades estudiadas es inferior (<3%) a la esperada (> 5%). Rango 2,8% UCIs-1,3% hemodiálisis

Indicador centinela: bacteriemia por SARM se mantiene < 1 por 1000 pacientes día. 0,14 bacteriemia por 1000 pacientes día. Tres de las 4 UCIs de adultos no han detectado ninguna bacteriemia por SAMR

Por otra parte se ha detectado una debilidad en nuestros objetivos. La demora entre ingreso e implantación de medidas de control, en aquellos pacientes con antecedentes de infección o colonización por SARM en ingresos previos, ha sido una información imposible de alcanzar. El indicador propuesto no es adecuado a nuestro medido. Precisa de elevados recursos humanos para su cálculo, ya que la información no es factible de forma automática, y los profesionales no están suficientemente mentalizados en la alerta de detección. Para la evaluación de las demoras en la implantación es necesario plantear un indicador asumible desde el Servicio de Medicina Preventiva

#### JUSTIFICACION

La resistencia antibiótica en gérmenes patógenos u oportunistas es una causa grave en las IAAS. Las medidas de control y prevención son las mismas para todos ellos. Se basan en medidas higiénicas de barrera durante la asistencia sanitaria. Excepto el SARM, ninguno dispone de tratamientos descolonizadores efectivos.

#### OPORTUNIDAD DE MEJORA

Extender la mejora en vigilancia y control de la IAAS a todos los gérmenes multirresistentes.

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Se desarrolló un protocolo normalizado, aprobado por la Comisión de Infecciones que ha requerido una nueva versión por las modificaciones propuestas durante su difusión.

Se diseñaron los dípticos y carteles, entregada maqueta a la Dirección de Gestión (Servicio de Suministros) a primer requerimiento en Septiembre de 2008, y en segundo requerimiento (por software incompatible) en diciembre de 2008. **A FECHA DE HOY AÚN NO SE DISPONE DEL MATERIAL GRÁFICO**

La difusión de las medidas se ha realizado por parte del equipo, con visitas pactadas y



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

exposición oral, sin soporte educativo/formativo de continuidad para las Unidades.

Indicadores:

Proporción pacientes a los que se les realiza chequeo de SAMR: resultado 48,4%. Estándar > 50%

Proporción de portadores de SAMR en pacientes admitidos en unidades de riesgo. Resultado < 3%. Estándar ≤ 10%

Incidencia bacteriemias nosocomiales por SAMR en UCI: Resultado 0,14 bacteriemias por 1000 pacientes-día. Estándar < 1 por 1000 pacientes-día

Proporción de pacientes aislados de forma preventiva en las 1<sup>as</sup> 24 horas en reingresos con diagnóstico previo SAMR. No ha podido ser calculado.

Proporción de aislamientos resistentes a mupirocina. Resultado 16,65. Estándar ≤ 15%

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

1. Disponer de información fiable sobre la situación de HUMS respecto a infecciones por GMR en general e IAAS en particular
  - a. Incidencia
  - b. Ecología
2. Desarrollar una política del centro para actuar sobre el control y prevención de la extensión de infecciones por GMR
3. Fomentar/Incrementar una cultura de seguridad del paciente dirigida a IAAS y resistencia antibiótica
4. Diseñar un cuadro de mando (conjunto de indicadores) adecuado a una gestión de mejora continua sobre IAAS y GMR

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Actividad	Método	Responsable
Consensuar concepto "RESISTENCIA ANTIBIÓTICA"	Búsqueda bibliográfica y reuniones	Medicina Preventiva y Microbiología
Diseño de formato de registro de aislamiento de GMR	Uso de procesador de textos o gráficos	Medicina Preventiva
Diseño base de datos informatizada	Uso de procesador de datos y estadística	Medicina Preventiva
Diseño hoja divulgativa de medidas de control en caso de infección/colonización GMR	Búsqueda de adecuación de instrumentos de información similares Diseño de Original con uso de procesador de textos o gráficos	Medicina Preventiva
Vigilancia activa ante cualquier aislamiento en microbiología de GMR	Comunicación directa y periódica de los aislamientos	Microbiología
Solicitar el apoyo institucional	Carta de la responsable del proyecto al Presidente de la Comisión de Infecciones	Medicina Preventiva
Divulgación a todas las Unidades	Escrita: Emisión de comunicado a responsables de calidad y jefes de unidad clínicos Oral: Coincidente con la que se debe completar de SARM	Medicina Preventiva Microbiología Comisión de infecciones

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

Completar divulgación de política de SARM	Divulgación de dípticos y carteles cuando se disponga	Medicina Preventiva Microbiología
Extender la detección precoz en colonización SARM en unidades específicas	Entrevistas personales Sesiones informativas a profesionales	Medicina Preventiva Microbiología
Discriminar y Proponer conjunto de indicadores que den información para ciclos de mejora continua en GMR, incluido SARM	Consulta bibliográfica Intercambio de información Análisis de fuentes de información	Medicina Preventiva Microbiología Comisión de Infecciones
Evaluación del proyecto	Indicadores del proyecto	Medicina Preventiva Microbiología

## 8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> <u>Adecuación a protocolo (SARM y GMR)</u>		
<i>Área relevante:</i>	Todas las Unidades/Servicios asistenciales	
<i>Dimensión:</i>	Científico-técnica	
<i>Criterio de calidad:</i>	Mejorar la seguridad del paciente	
<i>Justificación:</i>	Evitar variabilidad	
<i>Fórmula:</i>	Nº de unidades que aplican protocolo SARM y GMR Nº total Unidades/Servicios asistenciales	X 100
<i>Explicación de términos</i>	Los pacientes considerados serán todos los ingresados en las unidades o proceso de riesgo, con estancia > 48 horas	
<i>Tipo de indicador:</i>	De proceso	
<i>Estándar:</i>	10%	
<i>Fuente de datos:</i>	Datos agregados de control de gestión (denominador); datos Medicina Preventiva para el numerador	
<i>Población:</i>	Todos los servicio del hospital	
<i>Responsable obtención:</i>	Medicina Preventiva	
<i>Periodicidad</i>	Anual	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> <u>Demora (días) en la detección</u>		
<i>Área relevante:</i>	Todas las Unidades/Servicios asistenciales	
<i>Dimensión:</i>	Científico-técnica	
<i>Criterio de calidad:</i>	Mejorar la seguridad del paciente	
<i>Justificación:</i>	Evitar retrasos diagnósticos	
<i>Fórmula:</i>	Fecha aislamiento – fecha de ingreso	
<i>Explicación de términos</i>	Se investigará con los datos de paciente con aislamientos microbiológico a infección/colonización por GMR ingresos previos con aislamiento del mismo germen y perfil de resistencia.	
<i>Tipo de indicador:</i>	De proceso	
<i>Estándar:</i>	5 días	
<i>Fuente de datos:</i>	Muestreo	
<i>Población:</i>	Todos los servicio del hospital	
<i>Responsable obtención:</i>	Medicina Preventiva	
<i>Periodicidad</i>	Anual	
<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b> <u>Incidencia de GMR como causa de IAAS por cada 100 pacientes ingresados</u>		
<i>Área relevante:</i>	Todas las Unidades/Servicios asistenciales	
<i>Dimensión:</i>	Científico-técnica	



Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<u>Impresora multifunción: Fotocopiadora/Scanner tecnología de impresión láser (tipo HP Color laserJet 2820 o similar)</u>	<u>1000</u>
TOTAL	1000

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

ACTUALIZACIÓN EN EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL AIRE EN ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. CONFORMIDAD CON LA NORMA ISO 16644.

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

CARLOS LAPRESTA MOROS

Profesión

MÉDICO

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET, SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

Correo electrónico: clapresta@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 76 55 57

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
José Luis Arribas Llorente	Médico	Servicio de Medicina Preventiva HUMS
M <sup>a</sup> Jesús Hernández Navarrete	Médico	Servicio de Medicina Preventiva HUMS
Salvador Pastor Eixarch	Médico	Servicio de Medicina Preventiva HUMS
Wafa Ben Cheikh	MIR	Servicio de Medicina Preventiva HUMS
Dolores Ortiz Abril	Enfermera	Servicio de Medicina Preventiva HUMS
Luis Fernando Badía	Directivo/Ingeniero	Servicio de Ingeniería y Mantenimiento HUMS
Jorge Meléndez Pérez	Ingeniero	Servicio de Ingeniería y Mantenimiento HUMS

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

El Grupo de Mejora de La Calidad del Servicio de Medicina Preventiva, dentro de la cartera de servicios del Servicio de Medicina Preventiva priorizó, por tratarse de un área de elevada repercusión sobre la seguridad de los pacientes, la Bioseguridad Ambiental.

El HUMS cuenta en su cartera de servicios con procedimientos quirúrgicos de elevada complejidad y riesgo, que son de referencia a nivel autonómico y nacional. Este Servicio lleva más de diez años siendo pionero en el uso del muestreo microbiológico de las áreas críticas del hospital, como medida para garantizar la ausencia de contaminación microbiológica en el aire y por tanto para evitar eventos indeseados en los pacientes, tales como aspegilosis invasivas o infecciones del sitio quirúrgico.

En los dos últimos años se ha llevado a cabo la normalización de las actividades desarrolladas por el Servicio de Medicina Preventiva para la verificación de la bioseguridad ambiental, normalización realizada acorde a la normativa ISO 9001:2000, y ha sido motivo de aceptación de inclusión en el programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad del Servicio Aragonés de Salud en los años 2007 y 2008. Fruto del trabajo realizado se han definido dos procesos: el "Proceso de Monitorización de los Niveles de Contaminación Microbiológica del Aire" y el "Proceso de Verificación de las bioseguridad del aire en situaciones que así lo requieran".

Posterior a la revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema, se ha encontrado la ausencia de una legislación o normativa específica sobre la calidad microbiológica ambiental a cumplir en áreas críticas, aceptándose sin embargo la aplicación de los criterios de la norma ISO para salas blancas (UNE-EN ISO 14.644: 2.000), que incluye el conteo de partículas como método de referencia para el Control de la calidad del aire en áreas críticas.

La medición de las partículas se realiza mediante un contador láser dotado de una sonda isocinética, y que indica el número y partículas de cada tamaño (de 0,3 – 10 micras) y este contaje se realiza por difracción directa. Según el número de partículas que quedan reflejadas en el registro del contador de partículas, las salas se pueden clasificar en función de la calidad de su aire según la ISO 14664-1.

Así pues, y de forma complementaria a los controles microbiológicos del aire que se vienen realizando en las áreas críticas del HUMS, pretendemos incorporar como herramienta que nos pueda acercar a la excelencia en el ámbito de la bioseguridad ambiental el conteo de partículas, tal y como queda reflejado en la normativa ISO correspondiente.

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

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Aplicar la normativa EN ISO 14.644-1 y FS-209E para la certificación de las salas blancas a través del control de la calidad del aire en las áreas críticas del HUMS.
- Incrementar la seguridad del paciente mediante una verificación rápida y eficiente de los niveles de contaminación del aire.
- Aumentar la efectividad y eficiencia del control de la bioseguridad ambiental, una de las actividades clave dentro de la cartera de servicios del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

1. Actualización del documento: "Plan de Control de la calidad del aire en áreas críticas del HUMS", integrando al control microbiológico del aire el método de conteo de partículas. Esta actualización incluirá la necesidad de elaborar un planning anual que detalle la realización del conteo de partículas en el aire de las áreas críticas.
2. El documento actualizado "Plan de Control de la calidad del aire en los quirófanos" deberá ser revisado y aceptado por el Grupo de Mejora de La Calidad del Servicio de Medicina Preventiva, tras lo cual se procederá a la implantación del mismo.
3. La primera fase en la implantación del documento ya aprobado será la elaboración del planning anual que detalle la realización del conteo de partículas en el aire de las áreas críticas del HUMS a lo largo del año 2009/10.
4. Se llevará a cabo la monitorización, conforme al planning, a través de la medición ambiental de la concentración de partículas.
5. Se evaluarán los resultados, obteniéndose con la primera medición la certificación ISO 14644. Con las mediciones, en caso de que se considere oportuno se planificarán actividades de mejora.
6. Se llevarán a cabo las actividades de mejora planificadas.

**Actividades extraordinarias:**

- Se intentará la organización en el HUMS del curso "Criterios de evaluación para el Control de Calidad de Aire en Quirófanos", impartido por la Dra. Gloria Cruceta, Directora de SEGLA y Presidenta del Comité AEN-CTN.
- Al tratarse ésta de una actividad pionera en el territorio nacional se espera poder complementar la puesta en marcha de la misma con una producción científica de calidad y actualidad, que conlleve publicaciones en revistas científicas, así como comunicaciones orales en congresos nacionales tales como el congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y el congreso de la Sociedad Española de Medicina preventiva, Salud Pública e Higiene.

**RESPONSABLES:**

1. FEAs Servicio de Medicina Preventiva
2. Grupo de Mejora de La Calidad del Servicio de Medicina Preventiva
3. FEAs Servicio de Medicina Preventiva e ingenieros Servicio Ingeniería y Mantenimiento.
4. FEAs y DUEs Servicio de Medicina Preventiva
5. FEAs Servicio de Medicina Preventiva
6. Ingenieros Servicio Ingeniería y Mantenimiento

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

1. Criterio: Debe existir el documento actualizado en el año 2009 y aprobado por el Grupo de Mejora de La Calidad del Servicio de Medicina Preventiva: "Plan de Control de la calidad del aire en áreas críticas del HUMS".

Indicador: Existencia de documento actualizado en el año 2009 y aprobado







Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Mejora en el manejo de la Patología Metabólica Osea: Prevención Primaria y Secundaria.
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Carmen Latorre Mosteo
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: clatorre@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765557 Ext 2724

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Pilar Nievas	Médico	HUMServet
2 Carlos Tejedor	Medico	HUMServet
3 Jesus Goicoechea	Medico	HUMServet
4 Carmina Lázaro	Enfermera	HUMServet
5 Rafael Garcia_Foncillas	Profesor	Facultad de Medicina

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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>El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales desarrolla actividades de vigilancia de la salud de los trabajadores a través de los exámenes de salud y de la consulta médica. Se realiza <u>Prevención Primaria y Secundaria</u> de las patologías prevalentes en la población.</p> <p>La <u>osteoporosis</u> genera un importante impacto sanitario y económico por sus repercusiones, se prevé un aumento por la mayor esperanza de vida. Las actividades de prevención primaria son muy importantes para disminuir su prevalencia en la tercera edad.</p> <p>En <u>diciembre del 2008</u> el SALUD elaboró una <u>instrucción</u> con los criterios de indicación para la solicitud de <u>Densitometrías</u> ante la alta demanda. En los trabajadores del Salud área II, hay un predominio de mujeres de mediana edad, hasta ahora se les solicitaba esta prueba por factores de riesgo y/o presentar</p>

la menopausia. Este último por si solo no va a justificar la realización de la densitometría por lo que muchas de las trabajadoras ante la negativa a realizar la prueba se van a sentir “abandonadas” por el sistema sanitario. Esta situación supone una oportunidad para que desde el Servicio de Prevención se realicen actividades de Prevención Primaria a través de Educación para la Salud en sustitución de la realización de una prueba médica.

El Informe sobre Osteoporosis en la Comunidad Europea: Desarrolla Huesos Fuertes y Prevenir Fracturas reseña que: Aumentar la sensibilización sobre los Factores de Riesgo y conceder prioridad a la educación para la prevención. Considera que las Campañas de Sensibilización planeadas y realizadas a nivel europeo, nacional y local aumentarán el conocimiento sobre la osteoporosis y animarán a las personas a adoptar una forma de vida más sana. En la séptima recomendación indica que la ignorancia sobre osteoporosis es aún común tanto entre los profesionales de la sanidad como en el conjunto de la población, de ahí la importancia de la instrucción del Salud y la necesidad de complementarla con una información tanto para el personal sanitario del Servicio de Prevención como a los usuarios de este servicio.

Como herramientas de trabajo se realizan:

Documento con pautas de actuación (evaluación, diagnóstico, tratamiento, y prevención) consensado con el Servicio de Reumatología de dicho hospital según las actuales guías de práctica clínica.

Elaboración de un cuestionario para los trabajadores que soliciten la realización de la densitometría, estén en tratamiento ya con fármacos y/o presenten factores de riesgo para osteoporosis.

Hoja informativa sobre osteoporosis y prevención primaria .

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Con este proyecto se pretende aumentar los conocimientos, basados en la evidencia clínica, a los sanitarios del servicio de prevención de riesgos laborales utilizando los algoritmos de intervención.

Mejorar en el cribado de la osteoporosis a través de una búsqueda selectiva de casos.

Valorar la correcta indicación de los tratamientos para la osteopenia y osteoporosis.

Aumentar los conocimientos sobre la osteoporosis en los trabajadores, especialmente en las mujeres menopáusicas fomentando los correctos hábitos de vida e informar de la importancia de la adhesión al tratamiento una vez instaurado.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Asistir a formación especializada en esta patología. Carmen Latorre

Elaborar un documento basado en las actuales guías clínicas con pautas de actuación para tenerlo como guía a la hora de trabajar. Carmen Latorre y el Servicio de Reumatología del HUMServet

Elaborar y validación de cuestionario Carmen Latorre y Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina Zaragoza.

Elaborar el folleto informativo

Pasar cuestionario y hoja informativa a trabajadores en riesgo de dicha patología, mujeres mayores de cincuenta años y/ o que solicitan fármacos para el tratamiento o prevención de la osteoporosis.

**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 cuestionarios pasados a los trabajadores

Densitometría solicitadas del total de cuestionarios pasados

Número de intervenciones farmacológicas indicadas del total de cuestionarios

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Abril – Mayo – Julio 2009 Formación sanitaria, Elaboración documento de pautas actuación, cuestionario validado y folleto informativo.

Septiembre 2009 a Septiembre 2010 Seguir pautas de actuación y pasar cuestionario.

Octubre 2010 Obtención de índices y evaluación resultados.



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**MANUAL DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL TÉCNICO DE ELECTROMEDICINA.**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

ANA CRISTINA FONTANA JUSTES

Profesión

TECNICO DE GRADO. TÉCNICO DE HIGIENE INDUSTRIAL

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

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sector de SALUD:

SECTOR II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

Correo electrónico:

acfontana@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 55 00 ext. 2729

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
JOSÉ MANUEL CEBRIÁN GREGORIO	ING° T. INDUSTRIAL	CENTRO DE GESTIÓN INTEGRADA DE PROYECTOS CORPORATIVOS
PEDRO MUÑOZ SERRANO	JEFE DE SERVICIO DE ELECTROMEDICINA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
JESUS GOICOECHEA IRIBARREN	COORDINADOR DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET
ALMUDENA GANDÍA MARTÍNEZ	ESPECIALISTA EN RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

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

Elaboración de un Manual de Prevención para dar cumplimiento al deber de información, consulta y participación de los trabajadores que establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su art. 18. Para ello nos basaremos en:

1. El conocimiento de los riesgos laborales derivados del mantenimiento de equipos electromédicos, a los que está expuesto el técnico de electromedicina, basándonos en:

- Legislación de Prevención de Riesgos Laborales.
- Tareas o funciones del técnico de electromedicina.
- Equipos de electromedicina que repara o mantiene.
- Instalaciones o servicios a los que accede el técnico de electromedicina.

2. Así como, las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos encontrados en el apartado anterior.

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

No procede

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Elaboración de un manual de seguridad y salud a utilizar por el conjunto de Servicios y Secciones de Electromedicina del Servicio Aragonés de Salud.

1. Involucrar al técnico de electromedicina en la mejora de la prevención de riesgos en su puesto de trabajo.
2. Complementar los procedimientos de trabajo integrando en ellos la prevención de riesgos laborales.
3. Disponer de una herramienta para la formación de Prevención de Riesgos común para los diferentes servicios de electromedicina integrados en el SALUD.
4. Reducción de la accidentabilidad.
5. Cumplir la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

1. Identificación de las diferentes tareas que realiza un técnico de electromedicina en centros de asistencia sanitaria especializada y primaria, de los diferentes equipos de electromedicina sobre los que se actúa y de las distintas instalaciones o servicios a los que accede.

Estudio de la accidentabilidad en anteriores años.

Recopilación de los datos obtenidos en los apartados anteriores y clasificarlos en función de los riesgos que presenten. (José Manuel Cebrián, Almudena Gandía, Ana Fontana).

2. Realización del Manual de Prevención de Riesgos Laborales e información a los miembros de los servicios de electromedicina. (José Manuel Cebrián, Pedro Muñoz, Jesús Goicoechea, Ana Fontana).

3. Comprobar que lo especificado en el Manual se ha implantado en el servicio (medidas preventivas, protección personal, hábitos de trabajo, etc.), mediante listas de chequeo. (José Manuel Cebrián, Pedro Muñoz, Ana Fontana).

4. Aplicar acciones correctoras en función de los resultados del apartado de verificación (Pedro Muñoz, Ana Fontana).

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

- nº de accidentes y de incidentes.
- nº de manuales entregados / nº de trabajadores de los servicios de electromedicina.

**EVALUACIÓN:**

- % de implantación de lo establecido en el manual en el servicio de electromedicina del HUMS.

**SEGUIMIENTO:**

- % de acciones correctoras necesarias no implantadas en el servicio de electromedicina del HUMS.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

- Planificación (punto 1 del apdo 7): Febrero- Abril 2009
- Hacer (punto 2 del apdo 7): Abril 2009- Agosto 2009
- Verificar (punto 3 del apdo 7): Septiembre- Noviembre 2009
- Actuar (punto 4 del apdo 7): Diciembre de 2009

**10.-PREVISIÓN DE RECURSOS**

<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
<i>Microsoft Office Publisher</i>	200
<i>Impresión gráfica del manual (50 ejemplares)</i>	600
<b>TOTAL</b>	800



Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Prevención de riesgos para la seguridad y la salud de pacientes y profesionales sanitarios durante la manipulación de agentes citostáticos.
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos María Pilar Nievas Marco
Profesión Facultativo Especialista de Área Medicina del Trabajo
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: Sector II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL)
Correo electrónico: pnievas@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765557 / 976 765500 extensión 2736

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Jesús M <sup>a</sup> Goicoechea Iribarren	FEA Medicina del Trabajo Coordinador del SPRL	S <sup>o</sup> Prevención Riesgos Laborales Hospital Universitario Miguel Servet
2 Ana M <sup>a</sup> Fontana Justes	Técnico Superior Higiene Industrial	S <sup>o</sup> Prevención Riesgos Laborales Hospital Universitario Miguel Servet
3 M <sup>a</sup> José Agustín Ferrández	Farmacéutica	S <sup>o</sup> Farmacia Hospitalaria Hospital Universitario Miguel Servet
4 Juan Lao Romera	FEA Oncología Médica	S <sup>o</sup> Oncología - Hospital de Día Hospital Universitario Miguel Servet
5 Pilar Mainar García	Enfermera	S <sup>o</sup> Oncología - Hospital de Día Hospital Universitario Miguel Servet
6 Pilar Aisa Laín	Enfermera	S <sup>o</sup> Oncopediatría Hospital Materno-Infantil
7 M <sup>a</sup> José Sanz Gracia	Supervisora enfermería	S <sup>o</sup> Hematología Hospital Universitario Miguel Servet
8 (Por determinar)	(Por determinar)	S <sup>o</sup> Urología Hospital Universitario Miguel Servet

**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...

Los citostáticos son sustancias diseñadas para causar disfunción celular por lo que se utilizan en el tratamiento farmacológico de enfermedades neoplásicas (quimioterapia). Debido a su mecanismo de acción a nivel celular pueden provocar efectos mutagénicos, carcinogénicos y teratogénicos.

Los continuos avances terapéuticos hacen que estos productos se preparen y administren cada vez en más servicios del hospital (Farmacia, Oncología-Hospital de Día, Oncopediatría, Hematología, Urología...), aumentando el número de trabajadores potencialmente expuestos. Se ha podido constatar en diversos estudios la presencia de citostáticos en superficies de trabajo, en el aire o en la orina de personas supuestamente expuestas.

Se pretende elaborar y difundir un *Manual de prevención de riesgos durante la manipulación de agentes citostáticos*. Con ello se cumple:

- ❖ El deber de prevención y reducción de la exposición que se establece por los Reales Decretos 665/1997 y 349/2003, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos y mutágenos durante el trabajo.
- ❖ El deber de información, consulta y participación de los trabajadores que establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su art. 18.

Para ello nos basaremos en:

1. Descripción de las tareas de almacenamiento, preparación, distribución, administración y eliminación de agentes citostáticos en Atención Especializada.
2. El conocimiento de los riesgos que tiene la exposición a citostáticos, basándonos en:
  - ❖ Legislación de Prevención de Riesgos Laborales.
  - ❖ Protocolo de *Vigilancia Sanitaria Específica frente a Agentes Citostáticos* del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.
  - ❖ Documentación elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (manuales y Notas Técnicas de Prevención específicas).
  - ❖ Publicaciones del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional CDC-NIOSH y de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC).
  - ❖ Documentación sobre la cinética y toxicidad de los diferentes agentes citostáticos utilizados en la práctica asistencial.
3. Las medidas y actividades de protección y prevención aplicables a los riesgos encontrados en el apartado anterior.

**5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO: No procede.****6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Cumplir la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y el Real Decreto 349/2003, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos y mutagénicos durante el trabajo, en concreto:

1. Elaborar un Manual de prevención de riesgos durante la manipulación de citostáticos.
  1. Complementar los procedimientos de trabajo integrando en ellos la prevención de riesgos laborales, reduciendo el nivel de exposición.
  2. Reducción de la accidentabilidad.
  3. Reducción de riesgos en el paciente.
2. Implicar a todos los servicios en la formación e información a los trabajadores expuestos a agentes citostáticos.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Fase de planificación:

- ✘ Descripción de procedimientos de trabajo en los que se manipulan agentes citostáticos en los distintos servicios del hospital.
- ✘ Estudio de incidentes y accidentes en años anteriores.
- ✘ Valorar efectos en la salud de los trabajadores y de los pacientes tras la exposición.
- ✘ Análisis de riesgos de la exposición a citostáticos.

Fase de ejecución:

- ✘ Realización del Manual de Prevención de Riesgos para la seguridad y la salud de los pacientes y profesionales sanitarios durante la manipulación de agentes citostáticos.

Fase de verificación:

- ✘ Comprobar que lo especificado en el Manual se ha implantado en el servicio (medidas preventivas, protección personal, hábitos de trabajo, etc.).
- ✘ Impartir formación e información a los trabajadores expuestos.

Fase de aplicación y revisión:

- ✘ Aplicar acciones correctoras o nuevas mejoras en función de los resultados del apartado de verificación.

**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 y seguimiento mediante listas de chequeo:

- ❖ Los miembros de este equipo de mejora vigilarán la implantación de las recomendaciones establecidas en el manual en sus respectivos servicios.
- ❖ Supervisión por parte de los Técnicos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y registro de las acciones correctoras necesarias no implantadas.

Otros indicadores:

- ✘ nº de accidentes y de incidentes.
- ✘ nº de trabajadores formados / nº de trabajadores expuestos a citostáticos.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Planificación: Marzo – Mayo 2009.

- ❖ Entrega de documentación y reuniones del equipo con periodicidad mensual.

Ejecución: Mayo 2009- Agosto 2009

- ❖ Presentación del Borrador del Manual y correcciones.
- ❖ 8-9 junio: Curso “Exposición laboral a cancerígenos y mutágenos” organizado por el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo de Barcelona (INSHT)

Verificación: Septiembre- Noviembre 2009

- ❖ Formación e información a trabajadores.
- ❖ Registro del grado de implantación mediante listas de chequeo.

Aplicación y revisión: Diciembre de 2009-Enero 2010

- ❖ Elaboración de memoria final de proyecto.

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Asistencia al curso “ <i>Exposición laboral a cancerígenos y mutágenos</i> ” organizado por el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo de Barcelona (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) los días 8 y 9 de Junio de 2009 (2 personas)	600 euros
Impresión de 200 manuales y trípticos informativos para trabajadores expuestos	900 euros
TOTAL	1500 euros

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> <b>“APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS A LA ASISTENCIA INTEGRAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE EN EL SECTOR ZARAGOZA II”</b>
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos José M <sup>a</sup> Artigas Martín
Profesión Médico
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) S. Radiodiagnóstico (HUMS)
Sector de SALUD: Sector 2
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Grupo multidisciplinar politraumatismos Sector 2
Correo electrónico: jmartigas@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765500 ext 5182

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 Maria Ángeles Javierre Loris	Médico	HUMS (S <sup>o</sup> Urgencias)
2 M <sup>a</sup> Aránzazu Utande Vázquez	Médico	HUMS (U. Cuidados Intensivos)
3 Concepción Cassinello Ogea	Médico	HUMS (S <sup>o</sup> Anestesia)
4 Antonio Requena López	Médico	061-Aragón. UME Huesca
5 Rafael Cerdán Pascual	Médico	HUMS (S <sup>o</sup> Cirugía General)
6 Antonio Peguero Bona	Médico	HUMS (S <sup>o</sup> Traumatología)
7 Belén Vicente De Vera	Enfermera	HUMS (U. Cuidados Intensivos)
8 Cristina Garcés San José	Médico	HUMS (S <sup>o</sup> . Urgencias).
9 Laura Jiménez Ausejo	Médico	061-Aragón. UME Zaragoza
10 Jacobo Casalduero Viu	Medico	HUMS (U. Cuidados Intensivos)
11 Jesus Gil Bona	Médico	HUMS (S <sup>o</sup> Anestesia)
12 Susana Solanas Alava	Medico	HUMS (S <sup>o</sup> Radiodiagnóstico)
13 Sonia Cantín	Médico	HUMS (S <sup>o</sup> Cirugía General)

#### 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 lesiones por traumatismos representan la quinta causa más frecuente de muerte en España, tras las enfermedades circulatorias, digestivas, respiratorias y tumores (INE 2005). Casi el 40% de estas muertes ocurren entre ciudadanos menores de 40 años, lo que supone la primera causa para este grupo de edad. En 2002, las lesiones ocurridas por accidentes de tráfico representaban la mayoría de las lesiones mortales (34%) (INE 2005).

En España en el año 2000 se recogen 5.776 muertes con 150.000 heridos en accidentes de tráfico con un coste anual mayor de 7.000 millones de euros.

El primer paso en el manejo de estos pacientes severamente lesionados comienza en el lugar de la escena y durante el transporte, proporcionados por los Sistemas de Emergencia Médica (SEM) prehospitalarios.

Dos conceptos han influido de manera significativa en el desarrollo del cuidado de trauma en el ámbito prehospitalario y en la asistencia inicial en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH):

- La *"Hora de oro del trauma"*, periodo de tiempo desde el inmediato tras la lesión hasta el tratamiento definitivo, ya que la mayoría de esta primera hora ocurre fuera del hospital;
- La *distribución "trimodal" de muertes por trauma* propuesta por Trunkey en 1983, donde sugería que el 50% de las muertes ocurrían inmediatamente tras el accidente, un segundo pico representado por el 30% en las primeras 4 horas, y un tercer pico (20% de muertes) a partir de las 4 horas. La atención prehospitalaria y de los SUH tiene como objetivo reducir los dos últimos picos, y esto sólo puede ocurrir si se previenen desde el mismo lugar de la escena.

La mayoría de muertes evitables en pacientes de trauma están causadas por shock hipovolémico y/o hipoxemia; por ello, el debate abierto en la actualidad se centra en las intervenciones a realizar desde la escena del traumatismo hasta el tratamiento definitivo, manejo de la vía aérea, drenaje torácico, control del sangrado y resucitación con fluidoterapia. Esto ha supuesto la aparición de líneas de pensamiento dispares, cada una con sus defensores y detractores: *"scoop and run" (carga y corre)* para conseguir un tratamiento quirúrgico precoz, *"stay and play" (para y estabiliza)*, que sugiere una completa estabilización previa al traslado, y la más reciente política de tratamiento, *"run and play" (corre y estabiliza)*, basada en actuar sin retrasar el tratamiento definitivo.

Por último, la investigación sobre los cuidados del politraumatizado se ha basado principalmente en estudios observacionales y paneles de expertos, ya que la conducción de estudios clínicos randomizados está dificultada por aspectos éticos y logísticos; de ahí, que las recomendaciones no se soporten sobre una evidencia científica tan "robusta" como ocurre en otras disciplinas.

En España se han desarrollado proyectos integrales de atención al trauma como el proyecto POLIGUITANIA, en el país Vasco, o el Proyecto GITAN, en Andalucía, y estudios en otras comunidades. Aragón no dispone de un sistema de trauma regional dirigido a mejorar la calidad asistencial a este tipo de pacientes, si bien, la elaboración de este proceso puede contribuir a unificar criterios entre los profesionales sanitarios que intervienen en el manejo integral del politraumatizado, y a dar forma a uno de los eslabones de la "cadena de trauma" en nuestra comunidad.

Como en otras patologías, la atención del politraumatizado (PT) debe estructurarse en torno al concepto de continuo asistencial. La atención comienza en la fase prehospitalaria, con la evaluación inicial y resucitación precoz, seguida de la coordinación y traslado del paciente al centro donde se darán los cuidados definitivos. El paradigma de "asistencia durante la primera hora", (golden hour) sirve tanto para la asistencia prehospitalaria como para los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) y es uno de los principios fundamentales de todos los programas de atención al paciente PT, entre ellos el ATLS® (ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT) desarrollado por el colegio americano de cirujanos y avalado mundialmente como programa de referencia para el manejo inicial del paciente PT.

En los últimos años, la mayor profesionalización del personal sanitario que atiende a este tipo de enfermos y el desarrollo y mejora tecnológica como la radiología tanto diagnóstica como terapéutica, han contribuido a la mejora de la asistencia de este tipo de pacientes con un diagnóstico más certero y precoz que permite la disminución de la mortalidad y del número de secuelas.

El desarrollo y accesibilidad de la TCMD (Tomografía computerizada multidetector) en el área de pacientes críticos de los SUH agiliza este planteamiento y en los hospitales pioneros como el nuestro, se ha desarrollado ya el "protocolo de cuerpo entero con TCMD para PT" (whole-body MSCT protocol for trauma).

Para los profesionales, el manejo del PT grave supone un ejercicio de coordinación y priorización de acciones, encaminado a la evaluación rápida de las lesiones, estabilización inicial y planteamiento terapéutico definitivo. La intervención de diferentes especialidades y niveles asistenciales y el hecho de tratarse de víctimas jóvenes con serio riesgo vital y / o funcional, supone un estrés adicional para los diferentes profesionales implicados, que verán mejorada su actividad al disponer de una orientación común que regule y coordine las diferentes actividades.

Desde el punto de vista organizativo, puede decirse que la asistencia al PT "tensa" los resortes asistenciales y pone a prueba los diferentes circuitos, hasta el punto de que podría considerarse un indicador clave de los mecanismos de respuesta a la demanda global de asistencia urgente en pacientes graves.

En 2007 se estructura un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs representantes de los servicios más directamente implicados en el H. Universitario Miguel Servet con el objeto de consensuar las medidas asistenciales, diagnósticas y terapéuticas en la primera hora de atención al trauma grave. Esta iniciativa se consolidó con la aceptación de un proyecto de mejora en la calidad asistencial a estos pacientes, presentado en la convocatoria del 2008 del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

El presente proyecto es continuación del presentado en la convocatoria anterior. Consideramos que es necesario continuar en esta línea de trabajo para finalizar la elaboración del documento, difundirlo entre los diferentes servicios implicados e implantarlo. Los objetivos iniciales del mismo eran:

- Minimizar la variabilidad en la asistencia al politraumatizado
- Establecer un plan coordinado de actuación entre los diferentes Servicios implicados, para la asistencia a pacientes con trauma múltiple grave, utilizando metodología de gestión por procesos
- Implantarlo en el Sector 2

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

Se realizan las actividades siguientes:

- Mayo 2008: ampliación/rediseño del grupo y asistencia a Taller formación gestión por procesos.
- 20 junio 2008 Primera reunión del grupo:
  1. Revisión inicial mapa general proceso
  2. Elaboración algoritmo subproceso Urgencias
  3. Definición de límites del proceso
- 9 julio 2008
  1. Se completa mapa general del dproceso
  2. Se completan algoritmos del resto de subprocesos
  3. Descripción de destinatarios y expectativas
- 19 sept 2008
  1. Corrección algoritmos
  2. Diseño de anexos de cada subproceso
  3. Redacción de introducción y justificación del proceso
- 20 octubre 2008
  1. Corrección anexos
  2. Definición funcional
  3. Puertas entrada y salida
  4. Planteamiento actividades de cada subproceso
- Diciembre 2008
  1. Primer borrador general del proceso
  2. Corrección algoritmos
  3. Diseño actividades
  4. Elaboración de anexos conjuntos con eliminación de duplicidades
- 10 febrero 2009
  1. Modificación borrador inicial
  2. Definición indicadores globales PENDIENTE
  3. Fichas de actividades y características de calidad (SIN ACABAR)

El proceso asistencial al trauma grave que estamos elaborando, tiene su puerta de entrada en aquellos pacientes que sufre un traumatismo y son atendidos por los equipos de emergencias in situ, o trasladados desde otros servicios de urgencias con el diagnóstico de politraumatismo: lesión producida por causa externa con criterios de severidad según las escalas RTS (Revised Trauma Score) e ISS (Injury Severity Score). El límite final se ha definido como altas de UCI a Planta incluyendo intervenciones y re-intervenciones quirúrgicas dentro del periodo de un mes desde su ingreso hospitalario.

**PARTICIPANTES EN EL PROYECTO.**

Existe un grupo multidisciplinar que abarca el ámbito del Sector 2, gran parte de cuyos miembros han recibido formación en gestión por procesos (mayo 2008).

En la elaboración del proceso se ha incluido personal del 061-Aragón al comenzar la atención de estos pacientes en el mismo lugar de la escena y asegurar la continuación de cuidados desde el primer momento.

**ACTIVIDADES REALIZADAS.**

Durante este tiempo, el grupo de trabajo ha mantenido diversas reuniones, siendo la última el pasado 10 de Febrero.

En ellas, se han puesto en común los diferentes subprocesos de los que forma parte el documento:

- *Atención extrahospitalaria*



- Urgencias
- Anestesia-actividad quirúrgica (que incluye cirugía general, traumatología y neurocirugía)
- Cuidados intensivos
- Radiología

Cada subproceso incluye:

- Expectativas con respecto al subproceso anterior y siguiente.
- Las actividades a desarrollar y los profesionales implicados.
- Algoritmos de actuación.
- Evaluación e indicadores.

En la última reunión se concretaron los últimos aspectos para compilar lo trabajado por cada uno de los miembros, en el borrador del documento definitivo.

#### **RESULTADOS DE LOS INDICADORES UTILIZADOS.**

Nos encontramos en la fase de elaboración del proceso asistencial. En él se incluyen indicadores globales de evaluación del proceso y específicos de cada uno de los subprocesos, que se analizarán a los 6 meses de su puesta en funcionamiento.

#### **ASPECTOS PENDIENTES.**

En estos momentos, con la elaboración del borrador completo del documento, comienza una fase de revisión, donde colaboran profesionales expertos, ajenos al centro hospitalario y que han colaborado desde el comienzo impartiendo formación en gestión por procesos y supervisando la puesta en marcha de este grupo de trabajo.

Por otra parte queda por consensuar la hoja de flujo, o de registro continuo que incluirán los aspectos más destacados de la asistencia a estos pacientes, desde la atención prehospitalaria hasta el tratamiento definitivo en quirófano o Cuidados Intensivos.

Comunicación a otros Servicios implicados para

Una vez elaborado el documento definitivo, se procederá a su presentación en sesión clínica plenaria y en cada uno de los servicios implicados en el H. U. Miguel Servet, así como al personal del 061-Aragón y otros Servicios de Emergencias Médicas (bomberos, Helicópteros de Emergencias SOS 112 Aragón).

Por último, y una vez puesto en marcha, se realizará una evaluación del mismo a los 6 meses con el fin de identificar puntos de mejora en el mismo y consolidar su implantación en el sector.

#### **6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

El trabajo realizado durante el 2008 ha establecido y mejorado canales de comunicación entre los servicios implicados, así como un mayor conocimiento del proceso que sigue el paciente en desde su estabilización inicial en la escena del accidente hasta su tratamiento definitivo. Es preciso continuar en esta línea de trabajo haciendo partícipes al conjunto de los profesionales de cada uno de los servicios.

La elaboración de un proceso asistencial a pacientes de estas características desde la realidad de los recursos materiales y humanos de que dispone este centro hospitalario, va a permitir mejorar la calidad en cada uno de los eslabones de esta cadena asistencial, reforzándose en los puntos de encuentro.

#### **7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Redacción y aprobación del documento/mapa del proceso, ..... **TODO EL GRUPO**
2. Implantación en cada uno de los Servicios implicados ..... **CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO EN SUS RESPECTIVOS SERVICIOS**

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

<p><b>8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b></p> <p>Indicar, al menos, cómo está previsto realizar la evaluación del proyecto, y <b>señalar al menos dos indicadores</b> que se van a utilizar para su monitorización</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiempos de respuesta para cada uno de los Servicios/Unidades implicadas</li> <li>2. Tiempos de respuesta global</li> <li>3. Mortalidad por niveles de gravedad</li> <li>4. Días de estancia en UCI</li> </ol>
--

<p><b>9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS</b></p> <p>Indicar el calendario de las actividades previstas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fin de abril: mapa del proceso consensuado y aprobado por el grupo</li> <li>- Diciembre 2009: "corte" para valorar nivel de implantación y resultados parciales</li> </ul>
---

<b>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</b>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
Inscripción y alojamiento para el 27 Congreso de la Sociedad Española de Calidad asistencial (20-23 Octubre 2009) Sevilla.	1.400
2 Ordenador portátil	1.000
<b>TOTAL</b>	<b>2.400</b>

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET : “INDICACIONES Y USO DE ADALIMUMAB” E “INDICACIONES Y USO DE INFLIXIMAB” EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DURANTE EL AÑO 2009**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos:

**DRA ANGELA PECONDON ESPAÑOL**

Profesión **FACULTATIVOS ESPECIALISTAS REUMATOLOGÍA**

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

**H. UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

Sector de SALUD: **II**

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico: [apecondon@salud.aragon.es](mailto:apecondon@salud.aragon.es) ; [fjmanero@salud.aragon.es](mailto:fjmanero@salud.aragon.es);

Teléfono y extensión del centro de trabajo: **976 765500, extensiones 2793 y 2794**

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
DR FRANCISCO JAVIER MANERO RUIZ		
Dr. Chesús Beltrán Audera	FEA	CME SAN JOSE (HUMS)
Dr. E. Giménez Úbeda	FEA	CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
Dr. F. Jiménez Zorzo	FEA	CE HUMS
Dr. J. Marzo Gracia	FEA	CME RAMON Y CAJAL (HUMS)
M. Medrano San Ildefonso	FEA	CE HUMS

### 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...

Adalimumab e infliximab son fármacos de diagnóstico hospitalario que pertenecen al grupo fármaco-terapéutico de agentes inmunosupresores selectivos. Se trata de anticuerpos monoclonales anti-TNF. La citocina sobre la cual actúan, factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ), es un mediador de la inflamación con papel muy importante en la patogenia de las artritis autoinmunes y otras enfermedades.

Son medicamentos de elevado coste sujetos a prescripción médica restringida que deben ser iniciados y supervisados por médicos especialistas con experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), de artritis psoriásica (APs), de espondilitis anquilosante (EA), de enfermedad de Crohn o de psoriasis.

En nuestra especialidad, son susceptibles de precisar alguno de los fármacos anti-TNF aproximadamente 1/3 de los pacientes con artropatía crónica por enfermedad severa y refractaria a los tratamientos convencionales.

El factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) es un mediador soluble de la inflamación que también modula la respuesta inmune celular.

Los datos experimentales demuestran que la citocina TNF $\alpha$  es esencial para la

eliminación de infecciones intracelulares. La experiencia clínica indica que en algunos casos tratados con estos fármacos anti-TNF están comprometidas las defensas frente a la infección en general pero también en concreto provocan una mayor susceptibilidad a la tuberculosis (TBC) o a una reactivación de una TBC latente.

Dicha susceptibilidad puede ser drásticamente reducida (como demuestran los resultados en los últimos años de la base española BIOBADASER) cuando se realiza en estos pacientes screening para TBC.

Nuestro servicio de Reumatología ha confeccionado en 2008 sendos protocolos hospitalarios de uso e indicaciones (en Reumatología y Dermatología) para Adalimumab e Infliximab en colaboración con Dermatología, donde se detalla la evaluación recomendada (en guías y por expertos) que se debe realizar a estos pacientes antes de la aplicar el tratamiento y también y durante el seguimiento.

Así mismo, en aras a la observancia y respeto a los derechos de los pacientes recogidos en la legislación sanitaria, se ha incluido en este protocolo la obligatoriedad del consentimiento informado por escrito, por considerar que la administración de estos tratamientos (por sus posibles riesgos o inconvenientes) lo requiere.

Por todo lo anteriormente explicado ponemos en marcha este proyecto con el **OBJETIVO de valorar el grado de cumplimiento de los CRITERIOS DE EVALUACIÓN** de nuestros protocolos hospitalarios: "INDICACIONES Y USO DE ADALIMUMAB" E "INDICACIONES Y USO DE INFLIXIMAB" en los pacientes reumáticos que inicien alguno de estos tratamientos a lo largo del 2009.

**Estos criterios son:** 1- Evaluar la existencia de tuberculosis activa o inactiva (latente). 2- Instaurar tratamiento profiláctico para "TBC latente" (según protocolo) y 3- Dar información al paciente sobre el tratamiento que va a recibir y firma de CI.

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

El **OBJETIVO es conocer (y según los resultados emprender actividades de mejora) el grado de cumplimiento en nuestra práctica clínica de estos tres importantes CRITERIOS DE EVALUACIÓN** de nuestros protocolos hospitalarios: "INDICACIONES Y USO DE ADALIMUMAB" E "INDICACIONES Y USO DE INFLIXIMAB" en los pacientes reumáticos que inicien alguno de estos tratamientos a lo largo del 2009.

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

**LAS MEDIDAS PREVISTAS Y SUS RESPONSABLES SERÁN:**

1. **Informar al personal del servicio de los objetivos de este proyecto de calidad para este año.** Responsable: Dra Angela Pecondón Español
2. **Aplicar los requisitos incluidos en los protocolos hospitalarios para los criterios anteriormente descritos a cada uno de los pacientes que inicie**

- terapia con infliximab o Adalimumab en este año 2009.** Responsable: Facultativo responsable del paciente.
- Revisión en mayo-junio y en noviembre-diciembre de todos los cuadernillos de los pacientes sometidos a estos tratamientos (con infliximab o Adalimumab) en 2009.**  
Responsable: Dra: Angela Pecondón Español.
  - Informar de los resultados de las evaluaciones a los miembros del servicio – grupo de mejora** (en tiempo destinado a sesión clínica).  
Responsables: Dra: Angela Pecondón Español y Dr F.Javier Manero Ruiz..
  - Una vez conocidos los resultados de las evaluaciones, **discutir/sugerir puntos susceptibles de mejora.** Responsables: Grupo 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

- Nº pacientes que antes de inicio de tratamiento son sometidos a la evaluación según protocolo / Nº total de pacientes que inician tratamiento.**
- Nº pacientes con criterios de “TBC latente” que antes de inicio de tratamiento son sometidos a tratamiento profiláctico / Nº total de pacientes con “TBC latente”.**
- Nº pacientes sometidos a tratamiento que firman CI / Nº total de pacientes tratados.**

### 9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Indicar el calendario de las actividades previstas

Fecha de inicio: enero 2009      Fecha finalización : diciembre 2010

Calendario:

Actividades 2009	MESES												2009
	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	
Informar al conjunto del servicio													
Aplicación de requisitos de protocolos hospitalarios													
1ª evaluación													
Informe resultados 1ª evaluación al conjunto del servicio. Introducir acciones de mejora													
2ª evaluación													
Informe resultados 1ª evaluación al conjunto del servicio. Introducir acciones de mejora													➔

Anexo	<i>Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)</i>
-------	---

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<i>Material/Servicios</i>	<i>Euros</i>
<i>Formación continuada en calidad</i>	<i>600 euros</i>
<i>Suscripciones revistas reumatología</i>	
TOTAL	600 euros

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Formación e información intrahospitalaria dirigida a cuidadores principales de pacientes con fractura de cadera.
---

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Pilar Lecea Rodrigo
Profesión Enfermera
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Subdirección de Enfermería de Hospitalización, R.H.B. y Qdos. Del H.U.M.S.
Sector de SALUD: Sector II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Subdirección de Enfermería de Hospitalización y RHB del HUMS
Correo electrónico: Plecea@salud.aragon.es
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765651

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1Mª Jesús Corominas Lasheras	Enfermera	Supervisora de área H.U.M.S.
2Mª Sebastiana Mercado Rus	Fisioterapeuta.	Supervisora de R.H.B. H.U.M.S.
3Mª Angeles Serrano Plou	T.Ocupacional	Responsable de Terapia Ocupacional H.U.M.S.
4Emilia Villanueva Cirac	Enfermera	Supervisora Pta 7ª de H.R.T.Q. del H.U.M.S.
5Mercedes Blasco Bordejé	Enfermera	Supervisora Pta 6ª de H.R.T.Q. del H.U.M.S.
6Palmira Navarro García	Enfermera	Unidad de valoración Socio-sanitaria del H.U.M.S.
J Mª Fernando Bayona Estradera	Enfermero	HUMS

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>
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 fractura de cadera es uno de los procesos más prevalentes y que constituyen la aparición de dependencia ya sea de forma transitoria o definitiva. Población objeto (2007):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de fracturas de cadera atendidas: 699</li> <li>• N° de fracturas al mes: 65</li> </ul> <p>La pérdida del autocuidado hace necesaria la presencia de una persona que cubra ésta necesidad es decir el <b>cuidador principal</b>, quien tiene una importante labor de ayuda en la recuperación del paciente y que asume la responsabilidad del cuidado del mismo cuando éste es dado de alta. Con objeto de favorecer la adaptación del paciente a su medio cuando se</p>

produzca el alta hospitalaria y evitar el síndrome del cuidador, proponemos dar formación, información y consejos al cuidador principal sobre el cuidado domiciliario de estos pacientes, recursos, ergonomía etc. desde las distintas disciplinas que participan en el grupo de mejora, Enfermería (cuidados de enfermería y sociosanitarios) Fisioterapeutas (ergonomía para el cuidador) Terapia Ocupacional (actividades de la vida diaria)

El programa se llevará a efecto en las dos plantas de hospitalización del CRTQ destinadas a ingresos de pacientes con fractura de cadera (plantas 6ª y 7ª)

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las habilidades del cuidador principal para la mejor atención al alta del paciente con fractura de cadera.  
Favorecer el retorno del paciente a su medio al alta hospitalaria

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Procedimiento para conseguir los objetivos deseados:

- Elaborar un tríptico que recoja información básica sobre el proceso de la cadera
- Distribuir a familiares el tríptico cuando se produzca el ingreso.
- Programar sesiones formativas semanales para resolver las dudas que se puedan plantear en el cuidador.
- Educar en planta en las acciones que se realizan sobre el paciente
- Detectar y analizar los problemas y dudas que con mayor frecuencia se presenten a los pacientes/cuidadores
- Elaborar una guía específica para el cuidador del enfermo con fractura de cadera
- Elaborar y poner en marcha una encuesta específica de satisfacción.

#### 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 cuidadores formados =  $\frac{\text{nº de cuidadores que asisten a los talleres}}{\text{nº total de fracturas de cadera ingresados en plantas 6ª y 7ª}}$

Nº de talleres realizados

Encuesta de satisfacción a los cuidadores de pacientes con fractura de cadera



Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS												
Indicar el calendario de las actividades previstas												
Act / mes	AB	MY	JN	JL	AG	SP	OC	NV	DIC	ENE	FEB	MA
Elaboración TRIPTICO	x	x	x									
Distribución Triptico								x	x	x	x	x
TALLERES								X	x	x	x	x
Educación en planta								x	x	x	x	x
Análisis de problemas mas frecuentes								x	x	x	x	x
Elaborar guía												x
Elaborar y poner en marcha encuesta								x	x	x	x	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 (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1.- TÍTULO “Mejora en la información del paciente con cardiopatía isquémica que inicia tratamiento rehabilitador”

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos ANA BELÉN MORATA CRESPO
Profesión MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) HOSPITAL MIGUEL SERVET
Sector de SALUD: SECTOR II
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.
Correo electrónico: abelenmorata@hotmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 (Extensión 4048)

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ÁNDRÉS DOMÍNGUEZ ARAGÓ	MÉDICO REHABILITADOR	HOSPITAL MIGUEL SERVET
ERNESTO GARCIA GARCIA	MÉDICO REHABILITADOR	HOSPITAL MIGUEL SERVET
ELENA PARDO IBOR	ENFERMERA	HOSPITAL MIGUEL SERVET

**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 el momento actual no existe duda de la alta evidencia científica de los programas de rehabilitación cardíaca en pacientes con cardiopatía isquémica. (Guía clínicas: Best practice guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention (National heart foundation of Australia); Rehabilitación basada en ejercicios para cardiopatía isquémica (Cochrane); Cardíaca rehabilitation a national clinical guideline (Scottish Intercollegiate); Primary care of secondary prophylaxis for patients who here experienced a myocardial infarction: drug treatment, cardiac rehabilitation and dietary manipulation (University of Newcastle)).

En nuestro Servicio se lleva realizando desde hace varios años un programa de rehabilitación cardíaca, que comienza tras una valoración inicial que incluye parámetros clínicos, electrocardiográficos, funcionales y de calidad de vida. El programa no solo incluye el ejercicio físico, si no que aborda la deshabituación tabaquica, la educación del paciente, las técnicas de restricción de energía y el apoyo psicológico.

En el momento actual la derivación de los pacientes para iniciar el tratamiento se realiza mediante dos vías: hoja de interconsulta remitida desde el Servicio de Cardiología, y contacto telefónico tras el alta hospitalaria del paciente tras revisión del informe de alta. Con este proyecto pretendemos establecer contacto con el paciente durante su ingreso hospitalario, y que esta información se realice a través de un díptico informativo.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

Mejorar la información que el paciente recibe sobre el Servicio de rehabilitación antes del inicio del tratamiento.

Mejorar la coordinación con el Servicio de cardiología y dar a conocer los criterios de inclusión en el programa de tratamiento.

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Creación de un díptico informativo para el paciente con cardiopatía isquémica candidato al programa de rehabilitación cardíaca.
- Establecer contacto con los pacientes durante el ingreso hospitalario.
- Diseñar encuesta sobre satisfacción para los pacientes.
- Informar al Servicio de cardiología de los pacientes que reúnen criterios de inclusión en el programa de rehabilitación.

**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

- Nº de pacientes informados antes de iniciar el tratamiento.
- Satisfacción del paciente con la información recibida, medida mediante escala de satisfacción.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- Diseño del díptico y establecimiento del método de puesta en contacto durante el ingreso hospitalario: Marzo, Abril 2009.
- Divulgación de la información a través del díptico y encuesta de satisfacción: Mayo a Octubre de 2009.
- Análisis de resultados: Noviembre- diciembre de 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 (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> Mejorar la información de los pacientes
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>
Nombre y apellidos Ana Peña Giménez
Profesión Médico adjunto de Medicina Física y Rehabilitación
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) Hospital Universitario Miguel Servet
Sector de SALUD: En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. Unidad de Neuro-RHB
Correo electrónico: anapg5@hotmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976 765500 – 4030, 4038, 4046

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1		
2		

<b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b> 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 información a pacientes y familiares es muy importante en la práctica clínica diaria, aportar un material gráfico y con lenguaje sencillo facilita este proceso, supone una mejora de la calidad asistencial y una mayor aceptabilidad y seguimiento por parte del paciente y sus familiares del proceso de RHB, así como mayor socialización y activación.
---

<b>5.- RESULTADOS OBTENIDOS HASTA ESTE MOMENTO</b> 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.
--

<b>6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR</b> Editar y difundir los materiales antes referidos y conseguir una entrega a > del 85% de los pacientes
--

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

Editar y difundir trípticos informativos sobre personas con ictus, RHB en pacientes con EPOC y editar y difundir el Manual informativo de Rehabilitación e higiene postural en personas con hemiplejía

**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

Trípticos y manuales editados

% de pacientes que reciben el tríptico informativo

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Actualización del tríptico y/o manual de información: enero y febrero de 2009

Edición trípticos y manuales: marzo y abril de 2009

Difusión en el Servicio de los materiales informativos editados: abril y mayo 2009

Establecimiento de un plan de entrega del material al paciente: abril y mayo 2009

Evaluación de objetivos: junio, julio, agosto, sept, oct, nov y diciembre 2009

Propuestas de mejora: noviembre y diciembre de 2009





## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

**MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LOS USUARIOS AL NUEVO EDIFICIO DE CONSULTAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

Nombre y apellidos

**María Jesús BLECUA LIS**

Profesión

Diplomada Enfermería

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

Hospital Universitario Miguel Servet

Sector de SALUD:

ZARAGOZA II

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

**Servicio de Atención al Paciente**

Correo electrónico:

mjblecualis@salud.aragon.es

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

976 76 55 07

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1 María Jesús Blecua Lis	Enfermera	Servicio Atención Paciente
2 Beatriz Cardesa García	Enfermera	Servicio Atención Paciente
3 Cristina Gómez Frago	Enfermera	Servicio Atención Paciente
4 María Díaz Muela	Enfermera	Servicio Atención Paciente
5 Carmen Gállego Benedicto	Aux. Adm.	Unidad Citaciones HG
6 Lucía Alcolea Robles	Aux. Adm.	Unidad Citaciones HT
7 Isabel Aparicio Bendicto	Aux. Adm	Unidad Citaciones HMI

### 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 el traslado de las consultas externas al nuevo edificio de consultas (NEC) se están detectando muchos problemas de accesibilidad para los usuarios, tanto en la comunicación telefónica para solicitar citas, como en la orientación y tránsito en el interior del edificio. Estos problemas son mayores para la población más sensible (residentes fuera de Zaragoza, ancianos, discapacitados, problemas laborales etc)

Como consecuencia de todo ello se ha presentado un elevado número de reclamaciones y quejas verbales solicitando a la Dirección del Hospital la adopción de acciones de mejora en el servicio y resolución eficiente de los problemas planteados por los usuarios, los cuales, perciben mayores deficiencias frente al servicio que recibían anteriormente.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Resolución de casos de pacientes con especiales problemas para la gestión de citas en NEC
- Mejora en la información y orientación de los usuarios en el NEC
- Mejorar los derechos y satisfacción de los pacientes
- Mejora de la satisfacción de los clientes internos

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- Identificación del problema, diseño de hoja y recogida de datos
- Registro y coordinación con responsables de Unidades de Citaciones
- Seguimiento de casos no resueltos
- Evaluación del servicio recibido por los usuarios (corte mediante encuesta telefónica)
- Desarrollo de la actividad de voluntariado (información y acompañamiento)
- Acciones de Formación a los voluntarios
- Evaluación de la satisfacción de los voluntarios (corte mediante encuesta)
- Equipo responsable de las actividades de mejora: Personal de Servicio de Atención al Paciente, Responsables de las tres Unidades de Citaciones y equipo de Voluntarios de Fundación Canfranc

**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

- Porcentaje de usuarios atendidos por problemas de acceso para pedir cita con respecto al total de usuarios que manifiestan tener dificultades para la accesibilidad (75%)
- Porcentaje de usuarios satisfechos con el servicio recibido (>40%)
- Porcentaje de usuarios acompañados al punto de destino con respecto al total de usuarios atendidos por el voluntariado (>20%)
- Satisfacción de los usuarios con el servicio de voluntariado (resultados encuesta)
- Satisfacción de los voluntarios con la labor realizada

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Identificación del problema y recogida de datos: **Enero a Noviembre 2009**  
Registro y coordinación con Responsables de Citaciones: **Enero a Noviembre 2009**  
Seguimiento de casos no resueltos: **Enero a Noviembre 2009**  
Desarrollo de acciones del voluntariado: **Marzo a Diciembre 2009**  
Evaluación de indicadores sobre muestra determinada: **Octubre a Diciembre 2009**

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
1 MESA TORRE. Mesa de trabajo con ruedas de cuatro estantes regulables en altura. Medidas: alto 1280, ancho 670, profundo 490	450
1 CARRO MULTIUSO. Tres estantes. Medidas: alto 775, ancho 559, profundo 381	210
1 TABLERO CORCHO con marco aluminio. Medidas 60x90	55
1 EXPOSITOR de sobremesa. Ancho 243, profundo 135, alto 288	48
4 EXPOSITORES folletos tamaño A4 "T" horizontal de 2 caras.	60
Material fungible de oficina	50
<b>TOTAL</b>	<b>873</b>

Anexo	Solicitud de inclusión en el Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud (2009)
-------	--

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<p><b>1.- TÍTULO</b>  <b>SISTEMAS DE IDENTIFICACION DE PROBLEMAS DE CALIDAD Y SITUACIONES MEJORABLES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>  <b>PRIORIDAD 1/ ELABORACION DE ENCUESTAS :</b>  <b>-PARA LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD</b>  <b>-PARA SUS FAMILIARES</b></p>
---

<p><b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b>  Nombre y apellidos  <b>EVA MARIA ECHARRI MARTIN</b></p>
Profesión <b>ENFERMERA</b>
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc) <b>HOSPITAL MIGUEL SERVET</b>
Sector de SALUD: <b>SECTOR II</b>
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. <b>UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE</b>
Correo electrónico: <b>emecharri50@hotmail.com</b>
Teléfono y extensión del centro de trabajo: <b>976765500 ext.5130</b>

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
MARIA ANTONIA YARZA ALONSO	Auxiliar de enfermería	HUMS-uci polivalente
ANA MARIA GONZALEZ PEREZ	Enfermera	HUMS-uci polivalente
ANA MARIA MARTINEZ PEREZ	Enfermera	HUMS-uci polivalente
ROSA BLANCA MAHAVE CARRASCO	Enfermera Supervisora	HUMS-uci polivalente
JOSE LUIS MARECA LOPEZ	Medico intensivista	HUMS_uci polivalente
VICTOR GONZALEZ SANZ	Medico intensivista J.sección	

<p><b>4.- PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA</b>  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>Elaboración de las encuestas como oportunidad de mejora en nuestra unidad.</p> <p>Consideramos la importancia y utilidad del proyecto fundamental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-para conocer las expectativas de nuestros pacientes y de sus familiares desde el momento del ingreso hasta el día de alta.</li> <li>-como método de detección de las posibles deficiencias en la atención prestada</li> <li>- para facilitarnos a los profesionales datos de valoración para mejorar nuestros protocolos de actuación</li> </ul>
--

Los métodos de detección serán mediante la selección de indicadores que respondan a expectativas de satisfacción de pacientes y familias.

La priorización se basará en relevar aspectos del bienestar, confort, seguridad, y confianza de los pacientes y sus familias.

La situación de partida es la necesidad de creación de un sistema de evaluación de nuestra actividad asistencial mediante la encuesta a pacientes y sus familias, ya que no existe actualmente en nuestra unidad.

Las posibles causas para su elaboración son la necesidad de valoración de nuestra actuación profesional por parte del paciente y sus familias, para mejorar la atención y cuidados prestados.

Las fuentes de información serán los pacientes, las familias, los soportes de información de la unidad, y los protocolos de cuidados de la unidad.

#### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

#### 6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Se espera conseguir:

- Tener una herramienta útil que nos permita evaluar nuestra atención al paciente y sus familias.
- A partir de la valoración de datos obtenidos, mejorar nuestra calidad asistencial

#### 7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

##### **METODO**

- Recogida de indicadores
- Paciente/Familiares que reciban información escrita sobre las normas de estancia.
- Paciente/Familiares satisfechos con la información recibida sobre su enfermedad y resultados de información y de atención a las familias
- de información y de atención a los pacientes
- de protocolos de actuación de enfermería
- de dimensiones intrínsecas a la unidad.
- Revision por procesos de nuestro "modus operandi" desde el momento del ingreso hasta el alta en la atención de pacientes y familias para recoger indicadores utilizados hasta ahora en nuestra unidad.

##### **ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

- Elaborar un plan de mejora de información a las familias .al ingreso y al alta
- Elaborar un plan de mejora de atención al paciente

##### **RESPONSABLES**

- Los componentes del equipo de mejora de la unidad polivalente.

**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

La evaluación se hará de manera trimestral y anual acumulativa, con la utilización de una herramienta informática para tratar las respuestas de forma estadística.

**INDICADORES PARA SU MONITORIZACION:**

-Numero de encuestas entregadas al paciente al alta/Numero de encuestas contestadas

-Numero de altas realizadas/Numero de encuestas entregadas al paciente

-Numero de altas paciente/Numero de encuestas entregadas a familias

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Actividad 1- Recogida de indicadores –	1 mes
Actividad 2- Elaboración de la encuesta para pacientes -	1 mes
Actividad 3- Elaboración de la encuesta para familias	1 mes
Actividad 4- Presentación al responsable de calidad del sector	1 semana
Actividad 5- Entrega de encuestas a pacientes y familias al alta por el personal de la unidad	3 meses
Actividad 6- Recogida de encuestas en el buzón habilitado en sala familiares de la unidad (desde la primera entrega se cuentan tres meses)	
Actividad 7 Análisis de datos y tratamiento informático	2 meses
Actividad 8- Planes de mejora (valoración y objetivos)	3 meses



## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

### **MONITORIZACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. BIOSEGURIDAD**

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

ANTONIO TEJADA ARTIGAS

Profesión

FACULTATIVO ESPECIALISTA DE AREA. MEDICINA INTENSIVA. RESPONSABLE DE CALIDAD. TUTOR DE RESIDENTES DE MEDICINA INTENSIVA

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

UCI TRAUMATOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA

Sector de SALUD:

AREA III

En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad.

Correo electrónico:

atbb1@hotmail.com

Teléfono y extensión del centro de trabajo:

639972824 // 976.765500 ext 5140

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
ARANCHA UTANDE VAZQUEZ	FEA INTE	UCI TRAUMATOLOGIA HUMS
JACOBO CASALDUERO VIU	FEA INTE	UCI TRAUMATOLOGIA HUMS
MARIA BEATRIZ VIRGOS SEÑOR	FEA INTE	UCI TRAUMATOLOGIA HUMS
ANA ISABEL MARTIN LUENGO	FEA INTE	UCI TRAUMATOLOGIA HUMS
JOSE LUIS CASALDUERO ARAIZ	FEA INTE	UCI TRAUMATOLOGIA HUMS
BELEN VICENTE DE VERA	ATS/DUE INTE	UCI TRAUMATOLOGIA HUMS
SOLEDAD MARTIN ESCUIN	ATS/DUE INTE	UCI TRAUMATOLOGIA HUMS

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

#### Importancia:

La mejora de la calidad constituye una obligación ineludible en cualquier ámbito sanitario. Cualquier planteamiento en este sentido debe incluir la evaluación de la calidad asistencial. Uno de los elementos básicos de trabajo en la evaluación y mejora de la calidad lo constituyen los sistemas de monitorización. Estos permiten evaluar de forma periódica y planificada aspectos relevantes mediante el uso de **Indicadores de Calidad**. En este sentido la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) (*Med Intensiva* 2008;32:23-32) elaboró una lista –resumen- de indicadores, con sus respectivos estándares, que permiten medir la calidad de la asistencia, identifican oportunidades de mejora y sirven como un instrumentos útiles para la evaluación y gestión clínica.

Los **efectos adversos** se definen como daños, lesiones o complicaciones que acontecen durante el proceso asistencial, y al no estar producidos por la enfermedad, se consideran motivados por el propio Sistema Sanitario, bien por acción o por omisión. Es reconocido que la seguridad clínica es una de las dimensiones básicas de la calidad. Los errores y los acontecimientos adversos son frecuentes en los Servicios de Medicina Intensiva, con una incidencia reconocida que oscila entre un 1-32%. Ello implica una merma en la calidad de la asistencia además de un indudable el sustrato económico relacionado con su tratamiento, reclamaciones, demandas judiciales...



En su **prevención**, además de una mejor y más continua capacitación del personal y de una mejor estructura, la actividad debe estar orientada hacia el enfermo –desarrollo del **principio de autonomía-** y debe establecerse un sistema de vigilancia para alertarnos de posibles puntos débiles donde la identificación de una serie de **indicadores** centinela debe ser una pieza clave.

Los costes de prevención, grandes en algunos casos, son el porcentaje menor de los costes totales y actúan muy significativamente sobre los fallos y sus costes relativos. **La mejor forma de invertir en Calidad , es hacerlo en la prevención.**

#### Utilidad del Proyecto:

La valoración periódica de una serie de **indicadores básicos**, en relación con la evolución observada y una serie de estándares ya predeterminados servirá sin duda para mejorar la asistencia. Identificará los aspectos más deficientes y, tras el oportuno análisis, permite la planificación de líneas de desarrollo en calidad.

El uso de Indicadores promulgados por la SEMICYUC nos permitirá comparar nuestros resultados con los obtenidos por otras Unidades, y establecer una línea evolutiva de las cuestiones analizadas

Sin duda una **apuesta por el control de la calidad, especialmente en sus aspectos preventivos**, incrementará la eficiencia de nuestra labor al disminuir los costes relacionados con el tratamiento de los posibles “efectos adversos”.

#### Métodos de detección y priorización:

Hemos querido emplear como instrumento básico de trabajo el **documento de la SEMICYUC** antes citado. Este trabajo identifica 120 indicadores de calidad con sus respectivos estándares, señalando 20 de ellos como los más relevantes.

**Nuestros indicadores serán (y están siendo) seleccionados** en base a su evidencia científica, a su relevancia – teniendo en cuenta las características de nuestra Unidad- , que se refieran a la “bioseguridad” del paciente y que estén dirigidos a aspectos referentes al proceso (que nos parecen más sensibles como indicadores de calidad).

#### Situación de partida:

La puesta en marcha de este Proyecto de Mejora **constituirá el punto de arranque efectivo de nuestro Grupo de Mejora**. Hasta el momento solo hemos dispuesto de los Indicadores proporcionados por la Dirección del Hospital, relativos a la gestión, y por el Servicio de Medicina Preventiva, con datos relacionados con la incidencia de infecciones nosocomiales.

#### Posibles causas:

Recientemente (enero 2009) hemos sido trasladados a una **nueva ubicación** dentro del hospital: estructura y tecnología totalmente nueva y moderna. Esto ha supuesto sin duda una enorme mejora en el confort del usuario, de sus familiares y de los profesionales sanitarios. Y también, para que negarlo, ha servido de estímulo para incrementar las acciones en Calidad.

#### Fuentes de Información:

Para el desarrollo de este Proyecto de Mejora nos hemos servido, por una parte de la **bibliografía amplia** que nuestra sociedad dedica a Calidad. Especialmente el artículo antes referido (Med Intensiva 2008;32:23-3). Para la obtención de los datos nos serviremos de la **Historia Clínica** de los pacientes y de los datos proporcionados por la Dirección y el S de Medicina Preventiva. El **Sistema Informático** de nuestro Servicio (Clinisoft – General Electric) que en fechas próximas se pondrá en marcha sin duda nos servirá de ayuda en esta labor.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- Valoración semestral de los Indicadores de Calidad seleccionados. Por medio de la comparación evolutiva, con los estándares establecidos por la sociedad y en su caso por los propios y/o con los resultados obtenidos por otras Unidades de similares características.
- Identificación de situaciones de calidad deficiente y oportunidades de mejora
- Analizar las causas y procesos relacionados
- Establecer Líneas de Mejora con el fin de mejorar los resultados, en especial en nuestro caso el número, y la gravedad de los “efectos adversos”.
- Probar y verificar la utilidad de los cambios establecidos
- Incrementar y mejorar la Formación Continuada del personal sanitario (médico y enfermería).

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

RESPONSABLE: Antonio Tejada Artigas

- **Selección de los Indicadores** (24) en función de tres criterios: relevancia general atribuida, evidencia científica e implicación en la bioseguridad de nuestros pacientes. Revisión Bibliográfica. Somos conscientes que todo este proceso depende de la fiabilidad de la bases de datos utilizadas y de la idoneidad de los indicadores. Hemos añadido el Indicador 25 como signo guía del grado de control de los indicadores seleccionados.
- **Recogida de datos.**
- **Compilación semestral** de los datos obtenidos.
- **Comparación** con los estándares establecidos, con resultados previos propios, resultados de otras Unidades...
- **Análisis y valoración de las posibles causas.** Se deberá establecer si los datos registrados dependen del azar o bien estamos ante un problema o simplemente ante una situación mejorable.
- Desarrollo de **Líneas de Mejora**, en función de los datos registrados, los recursos disponibles y la bibliografía y evidencia científica existentes.
- **Verificación de los logros obtenidos**, por medio de los mismos indicadores antes seleccionados
- Puesta en común de resultados y de Planes de Acción. **Formación Continuada**

Dicha periodicidad podría verse alterada en el supuesto de que sucediera algún evento –efecto adverso- de especial relevancia. En este supuesto se establecerían las posibles Acciones de Mejora de forma más inmediata

**8.- INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

INDICADOR	RECOGIDA / VALORACION	ESTANDAR
1.- Bacteriemia relacionada con cateter venoso central	Diaria/Semestral	<4 episodios /1 día de CVC
2.- Infección de tracto urinario relacionado con SV	Diaria/Semestral	<6 episodios /1 día de sondaje
3.- Neumonía asociada a ventilación mecánica	Diaria/Semestral	<18 episodios / 1 día de VM
4.- Manejo precoz y adecuado de la Sepsis /Shock séptico	Diaria/Semestral	>95%
5.- Tratamiento antibiótico empírico inadecuado en la infección nosocomial	Diaria/Semestral	<1%
6.- Aislamiento de gérmenes multirresistentes	Diaria/Semestral	<1%
7.- Incidencia de barotrauma	Diaria/Semestral	<5%
8.- Posición semiincorporada en los enfermos sometidos a ventilación mecánica invasiva	Diario	>97%
9.- Prevención de la enfermedad tromboembólica adecuada	Diario / Semestral	>91%
10.- Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con VM	Diaria/Semestral	>95%
11.- Transfusión inadecuada de concentrado de hematíes	Diaria/Semestral	<5%
12.- Extubación no programada	Diaria/Semestral	<15 episodios /d de VM
13.- Reintubación	Diaria/Semestral	<12%
14.- Identificación del delirio	Diaria/Semestral	<9%
15.- Caídas accidentales	Diaria/Semestral	0%
16.- Errores de medicación en el SMI	Diaria/Semestral	<5%
17.- Cumplimentación del protocolo de lavado de manos	Diaria/Semestral	>91%



10.-PREVISIÓN DE RECURSOS	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u> 1000 €
Ordenador portátil + "cañón" de proyección	
TOTAL	

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

### 1.- TÍTULO

MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (URGENCIAS DE HG Y HRTQ).

### 2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO

EDUARDO BUSTAMANTE RODRIGUEZ

MEDICO ADJUNTO

HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Sector de SALUD: SECTOR II

SERVICIO DE URGENCIAS

Correo electrónico:

ebustamante@papps.org

Teléfono y extensión del centro de trabajo: 976765500 EXT 5091

### 3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA

Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
DANIEL LAHOZ RODRIGUEZ	MÉDICO	H. U. MIGUEL SERVET
FERNANDO LOPEZ LOPEZ	MÉDICO	H. U. MIGUEL SERVET
ANACRIS CABYSTANI ESQUE	MÉDICO	H. U. MIGUEL SERVET
SUSANA MARTINEZ DELGADO	MÉDICO	H. U. MIGUEL SERVET
SUSANA OCHOA LINARES	MÉDICO	H. U. MIGUEL SERVET
CONSUELO MUNUERA BARAHONA	MÉDICO	H. U. MIGUEL SERVET
ROSARIO MARTINEZ HERRAEZ	MÉDICO	H. U. MIGUEL SERVET

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

La disminución de la variabilidad de la práctica clínica y la incorporación de la mejor evidencia científica en el manejo de las situaciones clínicas más frecuentes y/o trascendentes por su impacto clínico o social es uno de los objetivos del plan de calidad del Servicio de Urgencias.

Identificada esta necesidad, se han priorizado las situaciones clínicas sobre las que actuar en base a las recomendaciones de protocolización establecidas en el Manual de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Urgencias elaborado por el Departamento de Salud en 2006.

La elaboración de protocolos asistenciales del Servicio de Urgencias deberán estar además consensuados con los Servicios implicados en cada caso y adaptados a nuestro medio y realidad asistencial.

En la actualidad, el Servicio de Urgencias dispone de distintos protocolos, algunos adaptados al reglamento de protocolos del Sector II. Todos los firmantes de este proyecto se han formado en el curso de "Elaboración de Protocolos" de la oferta de formación continuada del Sector II entre 2008 y primer trimestre de 2009.

### 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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

- 1.- Actualizar los protocolos existentes en el Servicio y adaptarlos a los requisitos del Reglamento de protocolos del Sector II
- 2.- Revisar los indicadores de seguimiento de los protocolos del Servicio de Urgencias
- 3.- Establecer un sistema periódico de revisión de dichos indicadores como un elemento básico del plan de calidad del Servicio de Urgencias

**7.- MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

- 1.- Revisión de los protocolos existentes para adaptarlos al reglamento de procesos del sector II.  
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
- 2.- Revisión y definición de los indicadores de seguimiento de los protocolos  
Responsable: Eduardo Bustamante.
- 3.- Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores.  
Responsables: Todos los miembros del grupo de mejora.
- 4.- Para cada protocolo evaluado, se realizará un análisis de los resultados y se discutirán las medidas necesarias para mejorar su seguimiento, cuando sea necesario.  
Responsable: Eduardo Bustamante.

**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 proyecto se evaluará comprobando el grado de ejecución de los objetivos mediante los siguientes indicadores:

- 1.- Protocolos elaborados o actualizados durante 2009: Diferencia entre el número de protocolos del Servicio de Urgencias aprobados por la Comisión de Tecnología y disponibles a través de la intranet del Sector II en 31 de Diciembre de 2009 y 2008
- 2.- Protocolos evaluados en 2009: protocolos del Servicio de Urgencias evaluados / protocolos del Servicio de Urgencias aprobados x 100

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

- 1.- Revisión de los protocolos existentes: Marzo-Junio 2009
- 2.- Revisión y definición de los indicadores de seguimiento: Marzo-Junio 2009
- 3.- Evaluar el grado de seguimiento de los protocolos mediante la monitorización de los indicadores: Septiembre-Noviembre 2009
- 4.- Análisis de los resultados y diseño de las medidas necesarias para mejorar su seguimiento: Octubre-Noviembre 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 (2009)</i>
-------	---

## PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD

<b>1.- TÍTULO</b> IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES EN LAS SALAS DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS.
--

<b>2.- RESPONSABLE DEL PROYECTO</b> Dra. Patricia Palazón Saura.
Profesión Medico de Urgencia Hospitalaria
Lugar de trabajo (centro de salud, hospital, etc.) Hospital Miguel Servet
Sector de SALUD: 2
En el caso de hospital, centro socio sanitario, centro rehabilitación psicosocial o similar. Indicar el servicio o unidad. SERVICIO DE URGENCIAS
Correo electrónico: patricia.palazon@gmail.com
Teléfono y extensión del centro de trabajo: 626221260. 976765500(ext 5091)

<b>3.- OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA</b>		
Nombre y apellidos	Profesión	Centro de trabajo
1. Elena Ricarte	Medico	HUMS
2. Ana Herrer	Medico	HUMS
3 I.sabel Marull	DUE	HUMS
4. Carmen Salas	DUE	HUMS
5 .Rosario Martínez	Medico	HUMS
6 .M <sup>a</sup> Ángeles Cortes	Supervisora enfermería	HUMS
7 .Rosario Román	Auxiliar	HUMS
8. Consuelo Munuera	Medico	HUMS



**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...

Se trata de iniciar una línea de mejora que entre otras cosas ayude a difundir una cultura de seguridad. Es importante:

1. IDENTIFICAR cuales son los eventos adversos que tienen lugar en nuestras salas de observación, creando sistemas fiables de detección. Comenzaremos por analizar el contexto haciendo un análisis de la situación y elaborando una lista de los eventos adversos que tienen lugar en nuestras salas de observación, a través de una hoja de registro que se cumplimentara de forma anónima y voluntaria.
2. ANALIZAR cada evento adverso: sus causas y su impacto. Se procederá a clasificar los eventos en grupos ( espina de pescado), analizar las causas ( causa-raíz), y priorizaremos en función de su gravedad o frecuencia sobre cuales debemos actuar.
3. PLANIFICAR acciones de mejora orientadas a disminuir la incidencia o impacto de los eventos adversos que hemos priorizado.
4. IMPLIMENTAR las acciones de mejora, con un responsable de cada acción que verifique su puesta en marcha y realice los ajustes necesarios.
5. Monitorización del Panel de Indicadores seleccionados para la evaluación y seguimiento del proyecto.

**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. Indicar las actividades realizadas, los resultados de los indicadores utilizados, aspectos pendientes y recursos utilizados, todo ello hasta la fecha actual.

**6.- RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR**

1. Promover y facilitar el desarrollo de una cultura de seguridad en el servicio.
2. Desarrollar e implantar un sistema de registro de eventos adversos que por su gravedad y/o frecuencia comprometan la seguridad clínica del paciente en las salas de observación.

**7. - MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR**

Indicar, al menos, las medidas previstas, los responsables

1. Diseñar hoja de registro. Carmen Salas y Patricia Palazón.
2. Realización y análisis de encuesta sobre seguridad al personal del servicio. Rosario Martínez y Consuelo Munuera.
3. Difundir hoja de registro entre el personal del servicio. M<sup>a</sup> Ángeles Cortes.
4. Análisis de los datos. Patricia Palazón.
5. Determinar una clasificación de los eventos adversos analizados. Patricia Palazón.
6. Priorizar en función de la frecuencia y/o gravedad el evento o eventos adversos sobre los que se desee implementar actuación de mejora. Elena Ricarte y Ana Herrero.
7. Plantear Acciones de Mejora. Patricia Palazón.

**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

Nº de eventos adversos totales.

Tasa incidencia según tipo de evento adverso ( según clasificación) del total de eventos registrados.

La monitorización de los indicadores se realizara de forma semestral. Tras monitorización, se procederá a realizar un análisis de los datos obtenidos, priorización y planteamiento de acciones de mejora.

La evaluación del proyecto se realizara en función de las Acciones de Mejora que deriven del análisis realizado, pudiendo analizar el impacto que dichas acciones tienen sobre la tasa de incidencia de eventos adversos. Para ello habrá que implementar dichas acciones de mejora que será el objetivo final del proyecto.

Se realizaran 2 encuestas al personal sanitario implicado: antes y después de implementar las acciones de mejora.

**9.- DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS**

Indicar el calendario de las actividades previstas

Diseño de Hoja de registro: Enero 2009.

Difusión: Febrero 2009.

Encuestas: Marzo 2009 y junio 2010

Análisis de datos y clasificación: Octubre 2009.

Priorización: Noviembre 2009.

Planteamiento de Acciones de Mejora: Diciembre 2009.

Implementación de Acciones de Mejora: 2010.

<u>10.-PREVISIÓN DE RECURSOS</u>	
<u>Material/Servicios</u>	<u>Euros</u>
Inscripciones al Congreso de Calidad para 3 personas	1200
Gastos de desplazamiento y alojamiento para 3 personas	600
TOTAL	1800