

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 153 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

### Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro  | Apellidos/Nombre                 | NReg      | Tm | Fecha      | Título  |
|--------|--------|---|----------------------------------|-----------|----|------------|---|
| HU     | AP     | CS ALMUDEVAR  | ROYO ROYO SILVIA                 | 2018_0714 | F  | 13/02/2019 | MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO  |
| HU     | AP     | CS ALMUDEVAR  | BLANCO GIMENO VERONICA           | 2018_0734 | S1 | 06/03/2019 | APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA  |
| HU     | AP     | CS ALMUDEVAR  | BLANCO GIMENO VERONICA           | 2018_0734 | S1 | 07/01/2020 | APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA  |
| HU     | AP     | CS ALMUDEVAR  | FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR      | 2018_0767 | S2 | 06/03/2019 | ALMUDEVAR CAMINA  |
| HU     | AP     | CS ALMUDEVAR  | CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN | 2018_0849 | S1 | 22/01/2019 | VIVIR BAILANDO  |
| HU     | AP     | CS ALMUDEVAR  | CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN | 2018_0849 | S2 | 10/01/2020 | VIVIR BAILANDO  |
| HU     | AP     | CS AYERBE   | MARCO AGUADO MARIA ANGELES       | 2018_0549 | F  | 29/01/2019 | REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA   |
| HU     | AP     | CS AYERBE   | LANZAROTE NASARRE MARIA LOURDES  | 2018_0575 | F  | 19/02/2019 | EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD  |
| HU     | AP     | CS BERDUN   | ARNAL BARRIO ANA MARIA           | 2018_0280 | F  | 05/02/2019 | TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA   |
| HU     | AP     | CS BERDUN   | BAZTAN OLLETA LAURA              | 2018_0619 | F  | 13/02/2019 | RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2   |
| HU     | AP     | CS BERDUN   | OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL         | 2018_0625 | F  | 27/02/2019 | PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA   |
| HU     | AP     | CS BIESCAS-VALLE DE TENA                            | BOSQUE OROS ANNADEL              | 2018_0416 | S1 | 25/01/2019 | ¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?   |
| HU     | AP     | CS BIESCAS-VALLE DE TENA                            | CLAVER GARCIA PAULA              | 2018_0428 | F  | 26/02/2019 | INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS                       |
| HU     | AP     | CS BROTO  | DE LOPE ROMEO MARIA              | 2018_1069 | S1 | 15/03/2019 | BAXANDO T'A ESCUELA   |
| HU     | AP     | CS BROTO  | DE LOPE ROMEO MARIA              | 2018_1069 | S2 | 31/01/2020 | BAXANDO T'A ESCUELA   |
| HU     | AP     | CS GRAÑEN   | ARA LAUNA DOMINGO                | 2018_1006 | F  | 15/03/2019 | SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY   |
| HU     | AP     | CS HECHO  | PEREZ DEL CASTILLO DANIEL        | 2018_0583 | S1 | 03/02/2019 | CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA  |
| HU     | AP     | CS HECHO  | VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA         | 2018_0584 | F  | 07/02/2019 | ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY  |
| HU     | AP     | CS HUESCA RURAL                                     | MERIZ RUBIO JULIA                | 2018_0774 | S2 | 18/02/2019 | REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES                         |
| HU     | AP     | CS HUESCA RURAL                                     | MERIZ RUBIO JULIA                | 2018_0774 | S2 | 24/01/2020 | REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES           |
| HU     | AP     | CS HUESCA RURAL                                     | LABARTA PASCUAL MARIANO          | 2018_1001 | S1 | 07/02/2019 | DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL   |
| HU     | AP     | CS HUESCA RURAL                                     | LABARTA PASCUAL MARIANO          | 2018_1001 | S2 | 27/02/2020 | DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL  |
| HU     | AP     | CS JACA   | LOPEZ CORTES VIRGINIA            | 2018_0612 | S0 | 19/02/2019 | "MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS  |
| HU     | AP     | CS JACA   | LOPEZ CORTES VIRGINIA            | 2018_0620 | F  | 19/02/2019 | ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY  |
| HU     | AP     | CS PERPETUO SOCORRO                                 | MUR LALUEZA MARIA JESUS          | 2018_0765 | S2 | 27/02/2019 | EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS   |
| HU     | AP     | CS PERPETUO SOCORRO                                 | CHARTE ALEGRE MARIA ELENA        | 2018_0825 | F  | 06/02/2019 | ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S   |
| HU     | AP     | CS PERPETUO SOCORRO                                 | SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR       | 2018_1169 | S1 | 10/03/2019 | FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD   |
| HU     | AP     | CS PERPETUO SOCORRO                                 | PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS      | 2018_1504 | S2 | 25/02/2019 | "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO |
| HU     | AP     | CS PERPETUO SOCORRO                                 | PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS      | 2018_1504 | S2 | 29/01/2020 | "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO |
| HU     | AP     | CS PERPETUO SOCORRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP | SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR       | 2018_1169 | F  | 30/01/2020 | FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD   |
| HU     | AP     | CS PIRINEOS   | CASTILLON FANTOVA ANTONIO        | 2018_0770 | S2 | 03/01/2020 | INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY                                |

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 153 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

### Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro  | Apellidos/Nombre                | NReg      | Tm | Fecha      | Título   |
|--------|--------|---|---------------------------------|-----------|----|------------|--|
| HU     | AP     | CS PIRINEOS   | CASTILLON FANTOVA ANTONIO       | 2018_0770 | F  | 27/02/2019 | INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LAIATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY   |
| HU     | AP     | CS PIRINEOS HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA                 | ALAYETO GASTON MARIA ANGELES    | 2018_0114 | F  | 05/02/2019 | PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA  |
| HU     | AP     | CS SABIÑANIGO   | PAZ FREIRE ISABEL               | 2018_0597 | S1 | 13/02/2019 | MI DIETA Y YO  |
| HU     | AP     | CS SANTO GRIAL  | DE JUAN ASENJO JOSE RAMON       | 2018_0586 | S2 | 26/02/2019 | DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA   |
| HU     | AP     | CS SANTO GRIAL  | DE JUAN ASENJO JOSE RAMON       | 2018_0586 | S2 | 26/02/2020 | DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA   |
| HU     | AP     | CS SANTO GRIAL  | DOSTE LARRULL DIVINA            | 2018_0721 | S1 | 11/02/2019 | MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA   |
| HU     | AP     | CS SANTO GRIAL  | DOSTE LARRULL DIVINA            | 2018_0721 | F  | 31/01/2020 | MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA   |
| HU     | AP     | CS SANTO GRIAL  | LANAO MARTIN ADOLFO             | 2018_1221 | F  | 28/02/2019 | INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN   |
| HU     | AP     | CS SARIÑENA   | PARALED CAMPOS MARIA TERESA     | 2018_0743 | F  | 20/02/2019 | TALLERES DE SALUD COMUNITARIA  |
| HU     | AP     | CS SARIÑENA   | GAZOL PERIZ YOLANDA             | 2018_0817 | S1 | 21/02/2019 | MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC   |
| HU     | AP     | CS SARIÑENA   | GAZOL PERIZ YOLANDA             | 2018_0817 | F  | 22/01/2020 | MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC   |
| HU     | AP     | CS SARIÑENA   | BORNAO CASAS SARA               | 2018_1054 | S0 | 22/02/2019 | QUEDADAS POR TU SALUD  |
| HU     | AP     | CS SARIÑENA FISIOTERAPIA EN AP                          | GIL GALAN SILVIA                | 2018_0182 | F  | 06/02/2019 | GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA  |
| HU     | AP     | CS SARIÑENA FISIOTERAPIA EN AP                          | GIL GALAN SILVIA                | 2018_0182 | F  | 29/01/2020 | GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA   |
| HU     | AP     | DAP HUESCA  | GUILLEN LORENTE SARA            | 2018_0024 | F  | 09/01/2019 | REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA   |
| HU     | AP     | DAP HUESCA  | GUILLEN LORENTE SARA            | 2018_0024 | F  | 30/01/2020 | REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA   |
| HU     | AP     | DAP HUESCA  | ELDUQUE PALOMO AMADEO           | 2018_0025 | S1 | 08/01/2019 | REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)   |
| HU     | AP     | DAP HUESCA  | ELDUQUE PALOMO AMADEO           | 2018_0025 | F  | 31/01/2020 | REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA   |
| HU     | AP     | DAP HUESCA  | CALVO GASCON ANA MARIA          | 2018_0336 | S1 | 10/01/2019 | PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2 |
| HU     | AP     | DAP HUESCA  | CALVO GASCON ANA MARIA          | 2018_0336 | F  | 31/01/2020 | PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2 |
| HU     | HOSP   | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA              | BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES      | 2018_1076 | F  | 01/03/2019 | PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS   |
| HU     | HOSP   | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA              | PLANO VIDOSA MARIA PILAR        | 2018_1094 | S1 | 27/02/2019 | INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS                                |
| HU     | HOSP   | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA              | ELBOJ SASO MARTA                | 2018_1223 | S1 | 28/02/2019 | MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO   |
| HU     | HOSP   | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA              | RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA        | 2018_1224 | F  | 25/02/2019 | CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE   |
| HU     | HOSP   | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA              | BIARGE RUIZ ARTURO              | 2018_1391 | S2 | 13/02/2019 | CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL  |
| HU     | HOSP   | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS TERAPIA OCUPACIONAL      | MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL   | 2018_1082 | F  | 18/02/2019 | CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS                |
| HU     | HOSP   | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE LARGA ESTANCIA | DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA   | 2018_1033 | S1 | 14/02/2019 | UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE                  |
| HU     | HOSP   | CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA                     | GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE | 2018_0746 | F  | 31/01/2019 | DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"  |
| HU     | HOSP   | CSS SGDO CORAZON DE JESUS                               | SANCHEZ LECINA PAZ              | 2018_0797 | F  | 23/01/2019 | REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN   |

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 153 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

### Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro  | Apellidos/Nombre                      | NReg      | Tm | Fecha      | Título  |
|--------|--------|---|---------------------------------------|-----------|----|------------|---|
|        |        | GERIATRIA                                       | CRISTINA                              |           |    |            | ICTUS   |
| HU     | HOSP   | CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA             | QUILEZ PINA RAQUEL                    | 2018_0799 | S1 | 31/01/2019 | MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPIENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRIA (HDG)                                       |
| HU     | HOSP   | CSS SGDO CORAZON DE JESUS INFORMATICA           | PUEYO MOY MARIA ISABEL                | 2018_0261 | F  | 18/01/2019 | MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDCM) DE MAMA DE HUESCA  |
| HU     | HOSP   | CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION        | GARCIA CORTES MONICA                  | 2018_0927 | F  | 24/01/2019 | ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA   |
| HU     | HOSP   | CSS SGDO CORAZON DE JESUS REHABILITACION        | CHARTE GASCON MARTA                   | 2018_1009 | F  | 25/01/2019 | MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA   |
| HU     | HOSP   | H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA                | MARTIN LAHUERTA MARIA                 | 2018_0235 | S1 | 08/02/2019 | USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO   |
| HU     | HOSP   | H JACA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA                | ALLER CONDE MARIA                     | 2018_1282 | F  | 24/02/2019 | MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA  |
| HU     | HOSP   | H JACA RADIODIAGNOSTICO                         | GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL         | 2018_1162 | F  | 14/03/2019 | UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO   |
| HU     | HOSP   | H JACA URGENCIAS                                | PALANCA GRACIA EUGENIA                | 2018_0938 | S1 | 21/02/2019 | QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ADMISION Y DOCUMENTACION            | CALLAU PUENTE JAVIER                  | 2018_0546 | F  | 04/03/2019 | COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ALERGLOGIA                          | ROJAS HIJAZO BEATRIZ                  | 2018_0353 | F  | 22/02/2019 | RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGLOGICA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS                   | GARCIA CLAVER AINOHA                  | 2018_0361 | F  | 12/02/2019 | AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA                                |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS                   | LLIMIÑANA ORDAS CARMEN                | 2018_1180 | F  | 27/02/2019 | APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA                 | MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA                | 2018_1360 | F  | 15/03/2019 | TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION             | URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE           | 2018_0554 | S1 | 18/02/2019 | CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION             | OLIVAN LAFUENTE BLANCA                | 2018_0588 | S1 | 04/02/2019 | REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR       | INGLES SANZ CRISTIAN                  | 2018_0913 | S1 | 16/02/2019 | TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR       | FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA | 2018_0914 | F  | 16/02/2019 | ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR       | SANCHEZ PRIETO PATRICIA JIMENA        | 2018_1328 | F  | 12/02/2019 | TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE CARDIOLOGIA                         | GRACIA AZNAREZ MARIA                  | 2018_0139 | F  | 01/03/2019 | RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE CARDIOLOGIA                         | RIVERO FERNANDEZ ELENA                | 2018_0170 | F  | 10/02/2019 | REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE CARDIOLOGIA                         | ARTERO BELLO PILAR                    | 2018_0355 | F  | 11/03/2019 | CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO | SAUDI MORO SEF                        | 2018_0200 | F  | 10/02/2019 | PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO | GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA          | 2018_1225 | F  | 12/02/2019 | TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y                | FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO       | 2018_0236 | F  | 05/02/2019 | MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL  |

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

**(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)**

*Número de memorias: 153 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)*

**Sector HUESCA**

| Sector | Ámbito | Centro   | Apellidos/Nombre             | NReg      | Tm | Fecha      | Título  |
|--------|--------|--|------------------------------|-----------|----|------------|---|
|        |        | TRAUMATOLOGIA                                  |                              |           |    |            | PERSONAL SANITARIO  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | SANCHO RODRIGO MARTA         | 2018_0242 | F  | 28/02/2019 | APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTHERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DERMATOLOGIA                       | GARCIA MALINIS ANA JULIA     | 2018_1430 | F  | 25/02/2019 | OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | DOMINGUEZ CAJAL MANUEL       | 2018_0421 | F  | 19/02/2019 | DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | LAZARO RIOS MARIA            | 2018_1318 | S0 | 14/03/2019 | PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | ESTRADA ONCINS SILVIA        | 2018_1320 | S2 | 15/03/2019 | PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | OLIVAN GUERRI LORENZO        | 2018_1338 | F  | 22/02/2019 | OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | BELLOC BARBASTRO BLANCA      | 2018_1344 | S2 | 24/02/2019 | DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA    |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | BER NIETO YOLANDA            | 2018_1355 | F  | 13/03/2019 | ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | ASPURU RUBIO KATTALIN        | 2018_1399 | F  | 26/02/2019 | PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIGESTIVO                          | CAMO MONTERDE PATRICIA       | 2018_1492 | S1 | 11/02/2019 | DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIRECCION                          | GIRAL OLIVAN ROSA            | 2018_0688 | F  | 01/03/2019 | ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE DIRECCION                          | BONDIA GIMENO ALFREDO        | 2018_1401 | S1 | 20/12/2018 | GESTION DE BIOSIMILARES   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA              | ESCOLANO PUEYO ANGEL         | 2018_0559 | F  | 15/03/2019 | USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA              | AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR | 2018_1401 | F  | 14/01/2019 | GESTION DE BIOSIMILARES   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA              | AMADOR RODRIGUEZ PILAR       | 2018_1401 | F  | 29/01/2020 | GESTIÓN DE BIOSIMILARES   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE GESTION DE SISTEMAS                | MONTERO ALONSO GEMMA         | 2018_0686 | F  | 28/01/2019 | CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA          | BORREL RONCALES MERCEDES     | 2018_0366 | F  | 22/02/2019 | PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA          | BORREL RONCALES MERCEDES     | 2018_0366 | F  | 25/02/2019 | PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA          | LACALLE AICUA LAURA          | 2018_1046 | F  | 21/02/2019 | MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA          | MURILLO FLOREZ ILDA MARIA    | 2018_1084 | F  | 20/02/2019 | PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA                 | LABARTA MONZON JOSE LORENZO  | 2018_0089 | F  | 19/02/2019 | MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA                 | CERRO JUNCOSA ANA            | 2018_0108 | S1 | 17/01/2019 | DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA                 | CERRO JUNCOSA ANA            | 2018_0108 | F  | 20/12/2019 | DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MEDICINA INTERNA                   | PELAY CACHO RAQUEL           | 2018_0174 | F  | 27/02/2019 | ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEADES AUTOINMUNES  |

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

(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)

Número de memorias: 153 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

### Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro  | Apellidos/Nombre             | NReg      | Tm | Fecha      | Título   |
|--------|--------|---|------------------------------|-----------|----|------------|--|
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MEDICINA INTERNA                    | GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR  | 2018_0424 | F  | 27/02/2019 | DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MEDICINA INTERNA                    | MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO   | 2018_0579 | F  | 27/02/2019 | MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA | SALVATIERRA DOMPER SUSANA    | 2018_0404 | F  | 26/02/2019 | ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA                                      |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA       | ARRIBAS GARCIA JORGE         | 2018_0479 | F  | 07/02/2019 | INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA       | ANGULO LOPEZ ITZIAR          | 2018_0503 | F  | 07/02/2019 | ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)                                     |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE NEFROLOGIA                          | MUNGUIA NAVARRO PAULA        | 2018_0437 | F  | 04/02/2019 | MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE NEFROLOGIA                          | BEIRED VAL INES              | 2018_1035 | F  | 19/02/2019 | VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE NEFROLOGIA                          | FELEZ JUSTES ISABEL          | 2018_1098 | F  | 20/02/2019 | ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA                |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE NEUMOLOGIA                          | GARCIA SAEZ SANDRA           | 2018_0315 | F  | 23/12/2019 | ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE NEUROFISIOLOGIA CLINICA             | PABLO ZARO MARIA JESUS       | 2018_0473 | F  | 12/03/2019 | GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE NEUROLOGIA                          | GARCIA FERNANDEZ LORENA      | 2018_0279 | F  | 27/02/2019 | PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE NEUROLOGIA                          | SERAL MORAL MARIA            | 2018_0463 | F  | 14/03/2019 | PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA           | MORENO PEREZ RAQUEL          | 2018_0418 | S2 | 15/02/2019 | INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE)NÚMERO DE REGISTRO: 2018_0418             |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA           | AGUSTIN OLIVA ANDREA         | 2018_0447 | F  | 11/02/2019 | IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA           | OBON CASTEL BEATRIZ          | 2018_0450 | F  | 16/02/2019 | AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA           | RUIZ CAMPO LEYRE             | 2018_0595 | F  | 11/02/2019 | PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNOSTICO Y VALORACION PRONOSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OFTALMOLOGIA                        | LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS | 2018_0330 | F  | 20/02/2019 | CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA                    | FERNANDEZ RUIZ ALEXIA        | 2018_1517 | F  | 26/02/2019 | OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA                    | MADANI PEREZ JULIA           | 2018_1519 | F  | 21/02/2019 | REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA                  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA                | HERRERA TOLOSANA SILVIA      | 2018_1567 | S1 | 26/02/2019 | INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA                | GASCON RUBIO MARIA CRISTINA  | 2018_1568 | S1 | 26/02/2019 | MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA                | GASCON RUBIO MARIA CRISTINA  | 2018_1568 | S3 | 31/01/2020 | MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PEDIATRIA                           | SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR   | 2018_0278 | F  | 06/02/2019 | ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PEDIATRIA                           | ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES  | 2018_0283 | S1 | 06/03/2019 | ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PEDIATRIA                           | SANCHO GRACIA ELENA          | 2018_0359 | F  | 14/03/2019 | IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PEDIATRIA                           | CONGOST MARIN SOFIA          | 2018_0441 | F  | 18/02/2019 | CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA   |

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

**(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, de 2018)**

*Número de memorias: 153 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)*

**Sector HUESCA**

| Sector | Ámbito | Centro                         | Apellidos/Nombre            | NReg      | Tm | Fecha      | Título  |
|--------|--------|--------------------------------|-----------------------------|-----------|----|------------|---|
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PEDIATRIA          | ABIO ALBERO SONIA           | 2018_0753 | S1 | 19/02/2019 | DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PEDIATRIA          | ABIO ALBERO SONIA           | 2018_0753 | F  | 31/01/2020 | DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA | MORER BAMBA BARBARA         | 2018_0115 | F  | 07/02/2019 | MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PSIQUIATRIA        | LOPEZ BERNUES RICARDO       | 2018_0681 | F  | 06/02/2019 | COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE PSIQUIATRIA        | RIVARES MORCATE MARIA JESUS | 2018_0696 | F  | 04/02/2019 | VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE QUIROFANOS         | ARRAZOLA ALBERDI OIHANA     | 2018_0564 | F  | 11/01/2019 | IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE REHABILITACION     | AZANZA PARDO JORGE          | 2018_1053 | F  | 25/02/2019 | PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE REHABILITACION     | GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE  | 2018_1145 | F  | 20/02/2019 | DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE REHABILITACION     | ALBAS TIERZ NURIA           | 2018_1343 | F  | 25/02/2019 | DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE UCI                | SERON ARBELOA CARLOS        | 2018_0070 | F  | 16/01/2019 | INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE UCI                | MENDOZA MURO GEMMA          | 2018_0086 | S1 | 29/01/2019 | HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE URGENCIAS          | GARCIA MOYANO LORETO MARIA  | 2018_0292 | F  | 01/02/2019 | JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE URGENCIAS          | ELBAILE SARASA ROSARIO      | 2018_0509 | F  | 19/02/2019 | IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS                                      |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE URGENCIAS          | ELBAILE SARASA ROSARIO      | 2018_0509 | F  | 10/03/2019 | IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS                                      |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE URGENCIAS          | BLESA CLAVERO ELENA         | 2018_0694 | S2 | 05/02/2019 | IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE URGENCIAS          | MILLAN ACERO ANA ROSA       | 2018_0972 | F  | 26/02/2019 | IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE URGENCIAS          | MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA    | 2018_1036 | F  | 26/02/2019 | PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE UROLOGIA           | CARCELLER TEJEDOR ELENA     | 2018_0510 | F  | 05/02/2019 | OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA   |
| HU     | HOSP   | H SAN JORGE UROLOGIA           | GARCIA RUIZ RAMIRO          | 2018_0515 | F  | 05/02/2019 | PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA  |

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ROYO ROYO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALMUDEVAR  
· Localidad ..... ALMUDEVAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ZUBIAUZ PEREZ JOSE  
JUSTES ABIOL ANA LIDIA  
GROS CACHO ELENA  
ATARES OTIN MARIA PAZ  
VISA GONZALEZ ISABEL  
ABADIA NOCITO LOURDES  
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo se realizó un cartel detallando los pasos a seguir en la exploración del pie diabético que se colgó en las consultas del centro de salud y en la de los consultorios locales.  
En septiembre realizamos tres sesiones a las que acudieron los profesionales de enfermería, salvo los que se encontraban de vacaciones.  
En noviembre volvimos a reunirnos para revisar el cuadro de mandos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos llegado al objetivo ya que el 72% de los pacientes tiene la revisión del pie diabético realizada.  
La fuente es el cuadro de mandos que va actualizando los datos periódicamente.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados pueden mejorar mucho todavía, sobretodo en algunos cupos, ya que hemos sufrido cambios de personal, bajas,..., que siempre influyen en entorpecer el avance positivo.  
El proyecto es sostenible y ayuda a que la consulta de enfermería sea más eficiente.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/714 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0714

Título  
MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:  
ROYO ROYO SILVIA, ZUBIAUZ PEREZ JOSE MARIA, GROS CACHO ELENA, ABADIA NOCITO LOURDES, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
LA POSIBILIDAD QUE UNA PERSONA CON DIABETES MELLITUS DESARROLLE UNA ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO ES DE UN 15% Y UN 25%.  
LAS ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO SON LA PRIMERA CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS Y LA AMPUTACIÓN, SU PRINCIPAL COMPLICACIÓN.  
MUCHOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONOCEN QUÉ ES UNA ÚLCERA Y CÓMO PUEDE LLEGAR A AFECTAR A SU CALIDAD DE VIDA. UNA FORMA DE DISMINUIR LA POSIBILIDAD DE QUE NUESTRA POBLACIÓN DIABÉTICA DESARROLLE UNA ÚLCERA, SERÁ INFORMAR Y CONCIENCIAR A LOS DIABÉTICOS SOBRE EL AUTOCUIDADO, SIGUIENDO UNAS PAUTAS DE PREVENCIÓN

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0714

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

##### ESPECÍFICAS.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABÉTICO.
- MEJORAR LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO.
- DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA VASCULAR, NEUROPÁTICA Y SU DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA.
- IMPLICACIÓN DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

##### MÉTODO

##### \_REALIZAR SESIÓN CLÍNICA :

- .DE LA INSPECCIÓN DEL PIE DIABÉTICO
- .DE LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA DEL PIE DIABÉTICO.
- .DE LA EXPLORACION VASCULAR. TÉCNICA DOPPLER.
- .DETECCIÓN DEL RIESGO DEL PIE DIABÉTICO. VALORAR EL RIESGO DE PIE DIABÉTICO Y REALIZAR LA EXPLORACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO.
- .DEL REGISTRO DE DATOS.
- .DEL USO DEL CUADRO DE MANDOS.
- \_REALIZACIÓN DE UN CARTEL POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, DETALLANDO LOS PASOS A SEGUIR EN LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO. ESTE CARTEL ESTARÁ COLGADO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, TANTO DEL CENTRO DE SALUD COMO DE LOS CONSULTORIOS LOCALES.

##### INDICADORES

- \_Nº PACIENTES CON EXPLORACIÓN PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 70%
- \_Nº DE PACIENTES CON EXPLORACIÓN DE PIE DIABÉTICO REALIZADA/ Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 60 %
- \_Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO / Nº PACIENTES DIABÉTICOS >= 40%

##### DURACIÓN

- INICIO DEL PROGRAMA EN MAYO DEL 2018
- SESIÓN CLÍNICA DEL PIE DIABÉTICO EN MAYO DEL 2018
- DURANTE EL AÑO SE CITARÁN LOS PACIENTES DIABÉTICOS EN CONSULTA PROGRAMADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA EXPLORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO SEGÚN RIESGO.
- REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE ( JULIO 18/ OCTUBRE 18/ DICIEMBRE 18)

##### OBSERVACIONES

- EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO

##### Valoración de otros apartados

- MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
- DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
- MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:
- GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..:
- ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

### 1. TÍTULO

#### APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... VERONICA BLANCO GIMENO  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS ALMUDEVAR  
· Localidad ..... ALMUDEVAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR  
ROYO ROYO SILVIA  
VISA GONZALEZ ISABEL  
GROS CACHO ELENA  
JUSTES ABIOL ANA LIDIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La captación de las participantes se llevó a cabo a través de las asociaciones de amas de casa y en las consultas de la matrona, medicina y enfermería.  
Las participantes fueron todas mujeres con edades comprendidas entre los 45-55 años, comenzaron 12 y se mantuvo la asistencia hasta la última sesión.  
Se elaboró un folleto informativo, entre todos los miembros del proyecto, para entregar a las mujeres que iban a participar en el proyecto.  
Las sesiones previstas eran siete, al final se han hecho cinco, se suprimió la película "Tomates verdes fritos" y la del comentario de la misma.  
Se realizó una sesión al mes desde mayo a diciembre salvo los de julio, agosto y septiembre por estar en periodo vacacional. Cada una se dividía en dos partes, en la primera se daba la información y en la segunda se abordaban preguntas, experiencias personales, ...  
Todas las sesiones las ha impartido la matrona salvo la tercera " Hábitos de vida saludables en el climaterio: Alimentación y ejercicio físico" que la expuso la enfermera Isabel Visa.  
La primera sesión se realizó el 7/5/18 a acudieron 12 mujeres Se les pasó la encuesta, se les entregó el folleto informativo y se trató el tema de la anatomía y fisiología de la mujer.  
La última sesión, 3/12/19, se trató el tema Sexualidad y métodos anticonceptivos y se les pasó una encuesta final.  
La actividad se ha realizado en la Sala de Juntas del Centro de Salud de Almuévar.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado en participación ha sido bueno, habiendo abandonos puntuales al alargarse en 5 sesiones, el interés de las mujeres ha sido alto.. En general se ha considerado alto el grado de comodidad, conocimientos adquiridos en el grupo, utilidad del aprendizaje y expectativas, suficiente el tiempo dedicado.  
El 100% de las mujeres participantes conocen la diferencia entre la menopausia y el climaterio.  
El 100% de las mujeres están concienciadas y comprometidas con llevar una dieta equilibrada y realizar ejercicio físico diario.  
El 100% de las mujeres conocen las estrategias para prevenir posibles patologías relacionadas con la menopausia y el climaterio ( obesidad, depresión, osteoporosis, incontinencia urinaria, ...).  
Tras comparar los test (pre y post proyecto) observamos que el 75% de las mujeres han obtenido las respuestas correctas.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La captación de esta población es dificultosa ya que la mayoría de las mujeres están trabajando.  
Es una zona de salud con mucha dispersión y mucho nucleo rural, se tendría que contemplar la posibilidad de que la matrona se trasladara a los núcleo más grandes evitando los desplazamientos a los usuarios. Esta posible solución puede producir una mayor respuesta y un acercamiento de la figura de la matrona a la población.  
Los asistentes han expresado su satisfacción tras realizarlos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/734 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0734

Título  
APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Autores:  
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, VISA GONZALEZ ISABEL, GROS CACHO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

### 1. TÍTULO

#### APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

ELENA, JUSTES ABIOL ANA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

LA TRANSICIÓN DE LA MADUREZ A LA SENECTUD EN LA MUJER SE PRODUCEN DIVERSOS CAMBIOS, LOS CUALES EN GENERAL SON DESCONOCIDOS POR LA POBLACIÓN. ESTOS CAMBIOS GENERAN DIFERENTES SINTOMAS, QUE EN EL 50 % DE LAS MUJERES EN ESTA ETAPA LES GENERA DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

#### RESULTADOS ESPERADOS

.DIFERENCIAR ENTRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA  
.CONOCER E IDENTIFICAR LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE ESTE PERIODO  
.PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PROPIOS DEL CLIMATERIO  
.CONOCER ESTRATEGIAS PARA PREVENIR POSIBLES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

#### MÉTODO

LA ACTIVIDAD CONSTARÁ DE SIETE SESIONES DE UNA HORA DE DURACIÓN A UN GRUPO DE APROXIMADAMENTE 10 MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 45 Y 55 AÑOS  
LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ A AQUELLAS MUJERES QUE ACUDAN A LA CONSULTA DE LA MATRONA, DE ENFERMERIA O DE MEDICINA, QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD ACOTADA.  
TEMAS A TRATAR EN CADA SESIÓN:  
.ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MUJER  
.SINTOMATOLOGÍA Y CAMBIOS EMOCIONALES  
HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO  
.SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
.TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓN DEL CANCER GINECOLÓGICO  
.PELÍCULA " TOMATES VERDES FRITOS"  
.COMENTARIO DE LA PELÍCULA . EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

#### INDICADORES

-% DE MUJERES QUE CONOCEN LA ETAPA DEL CLIMATERIO (QUÉ ES Y COMO AFECTA A SU ORGANISMO Y A SU VIDA / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN  
-% DE MUJERES QUE REALIZAN DIETA SALUDABLE /TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN  
-% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIO / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN  
-PARA LA EVALUACIÓN SE COMPARARÁN LOS TEST PRE Y POST, DONDE LAS PARTICIPANTES DEBERÁN OBTENER, AL MENOS, UN 25% MÁS DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL POST CON RESPECTO AL PRE.

#### DURACIÓN

DESDE MAYO A DICIEMBRE. EN MAYO SE CAPTARÁN EN LAS CONSULTAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES. SERÁN SIETE SESIONES REPARTIDAS A UNA POR MES, SIEMPRE COINCIDIENDO CON EL PRIMER LUNES DE CADA MES.

#### OBSERVACIONES

EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

### 1. TÍTULO

#### APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VERONICA BLANCO GIMENO  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS ALMUDEVAR  
· Localidad ..... ALMUDEVAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR  
ROYO ROYO SILVIA  
VISA GONZALEZ ISABEL  
GROS CACHO ELENA  
JUSTES ABIOL ANA LIDIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Enero a Septiembre 2019 se han captado en la consulta de la matrona a 13 mujeres y desde la consulta de enfermería sólo 1 entre 45-60 años con síntomas climatéricos.  
En la captación por la matrona se le ha dado a la mujer el folleto informativo ( elaborado el año anterior ) donde se les explica los temas de las sesiones y lugar y hora de acudir.  
También se tuvo encuesta elaborar carteles para poner en todas las consultas de enfermería de todos los consultorios de la Zona de Salud de Almudévar, para que llegara la información de las sesiones de menopausia a más mujeres  
Se ha contactado esta vez a diferencia del año anterior con las presidentas de Asociaciones de Amas de Casa de :  
Alcala de Gurrea.  
Tardienta.  
Gurrea de Gállego.  
Torralba de Aragón.  
Almudévar desde 2018 la sigo teniendo en cuenta por que es el lugar donde más poblacion hay y donde se realiza el proyecto en la Sala de Juntas del Centro de Salud.  
Las sesiones se realizaron el 1º lunes de cada mes de 10 a 11 h, siendo modificable a otro lunes por fiesta local o periodo de vacaciones.  
Se empezo a realizar la 1º sesion el 4/3/19 se trato de Proceso Fisiologico.Cambios Fisicos y Psicologicos., se entrego la encuesta inicial a 9 diferentes mujeres a lo largo de las 4 sesiones que se han podido realizar .  
Siendo la 2º 9/4/19 Adaptación al Cambio.Consejos y Cuidados, 3º 6/5/19 ( la da Isabel Visa DUE ) Cuidados y Habitros Saludables : Dieta y Ejercicio.  
La 4º 3/6/19, Sexualidad-Suelo Pelvico y Planificacion Familiar.  
Tras convocar la 5º el 1/7/19 Prevencion del Neo Ginecologico, previamente consultando con las asistentes de la charla anterior que les iria bien acudir, NO SE PRESENTA NADIE.  
Se vuelve a convocar la ultima charla de nuevo la 5ª 7/10/19, avisando individualmente a las mujeres captadas por la matrona telefonicamente ya que por enfermería solo se ha captado 1. Y llamando a las presidentas de ama de casa para que lo difundan.NO SE PRESENTA NADIE.  
Al llamar por telefono ninguna mujer me dice que no vendra y no me aporta ninguna queja del lugar y hora que se realiza la charla, por lo tanto me crean la posibilidad de que van a venir cuando la realidad, por 2 veces es que NO ACUDEN.  
Por lo tanto no he podido pasar la encuesta final, por que no se ha podido realizar la 5º y ultima sesión por inasistencia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La participacion en este año ha sido escasa con 9 mujeres en total, de las 14 captadas, que han acudido a lo largo de las 4 sesiones que se han realizado y aunque no se ha podido pasar la encuesta final, las mujeres se han mostrado satisfechas al acudir.

Los indicadores son los siguientes, obtenidos al pasar encuesta inicial en la 1º sesion que acude la mujer .  
Conocen Climataterio : 70%  
Conocen Dieta : 75%  
Conocen Ejercicio : 70%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion no es positiva ya que se hace un esfuerzo como matrona al ir solo los lunes a Almudevar, para que se anule parte de la consulta para realizar la charla, al no ver compromiso de las mujeres por acudir .  
Aunque ninguna me expone la razon de porque no van, me imagino que es por trabajo, dispersion o falta de transporte....  
No deseo incluirlo en el CG/AGC del año 2020.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734

### 1. TÍTULO

#### APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/734 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0734

Título  
APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Autores:  
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, VISA GONZALEZ ISABEL, GROS CACHO ELENA, JUSTES ABIOL ANA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
LA TRANSICIÓN DE LA MADUREZ A LA SENECTUD EN LA MUJER SE PRODUCEN DIVERSOS CAMBIOS, LOS CUALES EN GENERAL SON DESCONOCIDOS POR LA POBLACIÓN. ESTOS CAMBIOS GENERAN DIFERENTES SINTOMAS, QUE EN EL 50 % DE LAS MUJERES EN ESTA ETAPA LES GENERA DETERIORO EN SU CALIDAD DE VIDA.

RESULTADOS ESPERADOS  
.DIFERENCIAR ENTRE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA  
.CONOCER E IDENTIFICAR LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE ESTE PERIODO  
.PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PROPIOS DEL CLIMATERIO  
.CONOCER ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR POSIBLES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL CLIMATERIO Y LA MENOPAUSIA

MÉTODO  
LA ACTIVIDAD CONSTARÁ DE SIETE SESIONES DE UNA HORA DE DURACIÓN A UN GRUPO DE APROXIMADAMENTE 10 MUJERES CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE 45 Y 55 AÑOS  
LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ A AQUELLAS MUJERES QUE ACUDAN A LA CONSULTA DE LA MATRONA, DE ENFERMERIA O DE MEDICINA, QUE SE ENCUENTREN EN LA EDAD ACOTADA.  
TEMAS A TRATAR EN CADA SESIÓN:  
.ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA MUJER  
.SINTOMATOLOGÍA Y CAMBIOS EMOCIONALES HABITOS DE VIDA SALUDABLES EN EL CLIMATERIO  
.SEXUALIDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
.TRATAMIENTOS Y PREVENCIÓN DEL CANCER GINECOLÓGICO  
.PELÍCULA " TOMATES VERDES FRITOS"  
.COMENTARIO DE LA PELÍCULA . EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

INDICADORES  
-% DE MUJERES QUE CONOCEN LA ETAPA DEL CLIMATERIO (QUÉ ES Y COMO AFECTA A SU ORGANISMO Y A SU VIDA / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN  
-% DE MUJERES QUE REALIZAN DIETA SALUDABLE /TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN  
-% DE MUJERES QUE REALIZAN EJERCICIO / TOTAL DE MUJERES QUE PARTICIPAN  
-PARA LA EVALUACIÓN SE COMPARARÁN LOS TEST PRE Y POST, DONDE LAS PARTICIPANTES DEBERÁN OBTENER, AL MENOS, UN 25% MÁS DE RESPUESTAS CORRECTAS EN EL POST CON RESPECTO AL PRE.

DURACIÓN  
DESDE MAYO A DICIEMBRE. EN MAYO SE CAPTARÁN EN LAS CONSULTAS A LAS MUJERES PARTICIPANTES. SERÁN SIETE SESIONES REPARTIDAS A UNA POR MES, SIEMPRE COINCIDIENDO CON EL PRIMER LUNES DE CADA MES.

OBSERVACIONES  
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0734**

**1. TÍTULO**

**APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA**

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0767

### 1. TÍTULO

#### ALMUDEVAR CAMINA

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MAR FERNANDEZ IZARBEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALMUDEVAR  
· Localidad ..... ALMUDEVAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ROYO ROYO SILVIA  
GROS CACHO ELENA  
VISA GONZALEZ ISABEL  
ATARES OTIN MARIA PAZ  
ABADIA NOCITO LOURDES  
JUSTES ABIOL ANA LIDIA  
LAFUENTE ARIÑO EVA ANGELINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al comienzo se reunió a las personas interesada que cumplieran con el perfil propuesto y se les informó en que consistía la actividad. Se les pasó una encuesta y a la semana se realizó una charla informativa sobre la importancia de la alimentación y el ejercicio físico para prevenir enfermedades cardiovasculares. Los meses de verano se suspendió la actividad, retomándola en octubre. La actividad se realiza todos los miércoles a las nueve de la mañana con una duración de aproximadamente una hora. El grupo consta de diez personas que se mantiene constante en todas las sesiones. Consiste en paseos de marcha moderada ya que el perfil de las participantes lo permite. Antes y después de la actividad se realizan unos ejercicios de estiramiento. Trascurridos los dos meses de la actividad se les volvió a pasar la encuesta y apreciamos una respuesta muy positiva.

En septiembre, en la Residencia de Mayores "Santo Domingo" de Almuévar se contrató a una terapeuta ocupacional. Cuando nos enteramos nos pusimos en contacto con ella para manifestarle nuestro interés por su labor y para intentar trabajar conjuntamente con ella. Realizamos una guía de ejercicios encaminada al anciano frágil. Esta actividad se desarrolla una vez a la semana y con una duración de aproximadamente una hora. Se incluye a todos los ancianos independientes.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los participantes han aumentado su interés por modificar sus hábitos sedentarios para mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El grupo ha afianzado sus relaciones y son ellos los que quedan el resto de los días de la semana para continuar realizando actividad física. No se han apreciado importantes variaciones en los indicadores de TA, FC e IMC.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va a continuar durante el 2019 y se plantea para este próximo año comenzar con pacientes frágiles institucionalizados. En marzo, en el núcleo de San Jorge, se valorará crear otro grupo con personas de más edad y mayores limitaciones por lo que la marcha se adaptará a su perfil. Se irán midiendo los indicadores a lo largo de este año 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/767 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0767

Título  
ALMUDEVAR CAMINA

Autores:  
FERNANDEZ IZARBEZ MARIA MAR, ROYO ROYO SILVIA, GROS CACHO ELENA, VISA GONZALEZ ISABEL, ATARES OTIN PAZ, ABADIA NOCITO LOURDES, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, LAFUENTE ARIÑO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología .....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0767

### 1. TÍTULO

#### ALMUDEVAR CAMINA

Otro Tipo Patología: enfermedades mentales  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SON LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA Y PARA PODER DISMINUIR SU INSIDENCIA Y MORTALIDAD ES FUNDAMENTAL ACTUAR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN SU APARICIÓN.  
SE DISTINGUEN DOS TIPOS DE FACTORES DE RIESGO, LOS NO MODIFICABLES ( SEXO, EDAD Y HERENCIA GENÉTICA) Y LOS MODIFICABLES (TABACO, HIPERTENSION ARTERIAL, DISLIPEMIAS, DIABETES MELLITUS, OBESIDAD, SEDENTARISMO Y CONSUMO DE ALCOHOL.  
ESTÁ DEMOSTRADO QUE EL DEJAR DE FUMAR, REDUCIR EL CONSUMO DE SAL Y DE GRASAS, EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR, Y EVITAR EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL REDUCE EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
AUMENTAR EL INTERES DE LA POBLACIÓN, DEL CENTRO DE SALUD DE ALMUDEVAR, POR MODIFICAR SUS HÁBITOS SEDENTARIOS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA Y REDUCIR EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

**MÉTODO**  
LA ACTIVIDAD SE REALIZARÁ LOS MIÉRCOLES A LAS DIEZ DE LA MAÑANA, SU DURACIÓN SERÁ DE APROXIMADAMENTE UNA HORA.  
CONSISTIRÁ EN PASEOS DE MARCHA LEVE O MODERADA, DE ACUERDO CON LA CONDICIÓN FÍSICA DE LOS PARTICIPANTES. ANTES Y DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD SE HARÁN UNOS EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.

**INDICADORES**  
- AL COMIENZO DE LA ACTIVIDAD SE PASARÁ UNA ENCUESTA SOBRE LOS HÁBITOS SEDENTARIOS A LOS PARTICIPANTES Y AL FINALIZAR SE REALIZARÁ OTRA, PARA COMPARAR Y VER SI ESTOS HAN CAMBIADO .  
- EL PRIMER DÍA DE LA ACTIVIDAD Y EL ÚLTIMO SE MEDIRÁN LAS CONSTANTES VITALES ( PA, FC) Y EL IMC Y COMPARAR PARA VER POSIBLES CAMBIOS.  
- TRASCURRIDOS DOS MESES DE INICIADO EL PROYECTO SE PASARÁ UNA ENCUESTA PARA VALORAR LA MOTIVACIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOGER SUGERENCIAS PARA IR MEJORANDO LA ACTIVIDAD.

**DURACIÓN**  
COMENZARÁ EL PROYECTO EN MAYO Y TERMINARÁ EN NOVIEMBRE DEL 2018, AUNQUE PRETENDE SER UN PROYECTO DE CONTINUIDAD Y DE TRABAJO A LARGO PLAZO.

**OBSERVACIONES**  
EL PROYECTO PUEDE TENER ALGUNA MODIFICACIÓN DEPENDIENDO DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y DEL CENTRO Y DE LAS VALORACIONES DE LOS PARTICIPANTES.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

### 1. TÍTULO

#### VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN CAMPOS AVELLANA

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS ALMUDEVAR
- Localidad ..... ALMUDEVAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REAMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN

JUSTES ABIOL ANA LIDIA

PISA MAÑAS JARA

AVELLANAS MONTORI SOFIA

GARCES CASTILLO BEATRIZ

SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA

VITALLA PERALTA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó la presentación del proyecto, Mayo ; en los municipios, a las asociaciones, Centro de salud y presidente del Consejo de Salud.

Se elaboró un cartel para anunciar la presentación y otro para comunicar horario y lugar de la actividad que se mantiene en los consultorios y lugares de reunión en cada localidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicio de la actividad Junio 2018

Se han realizado sesiones semanales en los dos núcleos de población: 20 sesiones en Alcalá y 19 en Valsalada.

El número de participantes ha sido de 5 en Valsalada(V) y 18 en Alcalá(A).

En los meses de verano esta cifra se ha visto aumentada por la participación en la actividad de personas que veranean en los pueblos.

Hasta hoy todas son mujeres

La edad de las participantes entre 60/75 años es el 47% y entre 75/85 años el 53% para Valsalada y en Alcalá los dos grupos 65/75 y 75/85 al 50%

La media de asistencia ha sido 4 (V) y 12(A) personas

Los días de mayor asistencia fueron 6(V) y 20(A). Los de menor participación 2°(V) y 5 (A)

Según la encuesta inicial realizaban alguna actividad física a diario al aire libre en un 80% y a los 6 meses la realizan en el 89%

Se realizaron dos encuestas individuales a los 2 y 6 meses

\* Sobre la percepción subjetiva de mejora referida a movilidad, estado de ánimo y relación con los demás con una escala 0-10 los resultados a los 6 meses:

-mejora movilidad: 7.5 (v) y 7(A)

-estado ánimo: 8.5(V) y 8(A)

-relación social: 8 en los dos.

\*Sobre satisfacción, escala 0-10, a los 6 meses // inicio, referida a:

-Tiempo para hacer lo que le gusta: 8.2//4.8 (V) y 8.6//6.2 (A)

-Lo que hace en su día a día merece la pena: 8//7.8(V) y 8.4//7.3(A)

-Satisfacción con su vida en conjunto en la actualidad: 8.2//6.6(V) y 8//7.2( A)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes han expresado su satisfacción con la actividad, por pertenecer a un grupo y están incorporando las actividades aprendidas a su rutina diaria tanto dentro de casa como en actividad al aire libre

Tanto los ejercicios de relajación como los respiratorios han sido claves para iniciar y terminar la actividad en un ambiente relajado y positivo.

Los ejercicios de coordinación, equilibrio y corrección postural se han realizado según la planificación.

En relación con la actividad de ejercicio con música, baile, dadas las limitaciones para la bipedestación estable de algunos de los participantes se ha optado por hacer ejercicios preferentemente en sedestación.

No se ha conseguido la incorporación de participantes masculinos.

Pensamos que el proyecto puede continuar debido al interés, mejoras percibidas y satisfacción manifestada por las participantes.

La sostenibilidad del proyecto por el momento nos parece posible.

El proyecto es replicable

7. OBSERVACIONES.

Por la limitación de espacio no he aportado las encuestas utilizadas. Ruego me indique si es necesario

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/849 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0849



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

### 1. TÍTULO

#### VIVIR BAILANDO

Título  
VIVIR BAILANDO

Autores:  
CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN, REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, PISA MAÑAS JARA, AVELLANAS MONTORI SOFIA, GARCES CASTILLO BEATRIZ, SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA, VITALLA PERALTA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: senilidad. aislamiento social  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
\*Los dos núcleos de población donde se va a realizar el proyecto tienen alta tasa de envejecimiento poblacional con pérdida de coordinación motora, flexibilidad, fuerza y equilibrio, además de pobres habilidades y resistencias para uso de sistemas de apoyo como bastones, andadores, ...  
\*Alta prevalencia de enfermedades crónicas, procesos algícos y somatización.  
\*Escasa actividad física, alto nivel de sedentarismo sobre todo en la población femenina, tendencia al aislamiento social.  
El aumento de la actividad física ha demostrado la efectividad en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, la mejora de la salud mental y la prevención de caídas sobre todo en ancianos.  
La práctica de ejercicio grupal disminuye el aislamiento social, se ha demostrado que mejoran los autocuidados y las capacidades para desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

RESULTADOS ESPERADOS  
\*Promover la participación activa de las personas mayores, con la creación de grupos normalizados y la inclusión de personas mayores con especiales problemáticas en la actividad  
\* Motivar para la realización de ejercicio físico.  
\* Adquirir conocimientos y estrategias necesarias para la realización de ejercicios físicos.  
\* Mejorar el estado cardiovascular, cardiorrespiratorio flexibilidad, fuerza, equilibrio, psicomotricidad fina, etc. en las personas mayores.  
\* Dotar de conocimientos sobre los hábitos saludables y la alimentación, así como de estrategias para desarrollar la memoria, la autoestima y las habilidades de comunicación.  
\* Fomentar la convivencia y las relaciones sociales a través de la participación en la actividad.  
\* Mantener el cuerpo y la mente activos de los destinatarios del Proyecto.

MÉTODO  
Se publicitará el inicio de la actividad con apoyo de las asociaciones mediante cartel con 15 días de antelación  
En consulta captación activa.  
Reunión inicial para presentación del proyecto en Centro de salud y localidades  
El grupo máximo 20 participantes por localidad. Posibilidad creación dos grupos.  
Frecuencia de la actividad 1 día por semana.  
La duración 1 hora por sesión.  
El lugar local social  
Las sesiones tendrán el desarrollo siguiente :  
\*Acogida ( y presentación el primer día)  
\*Ejercicio de relajación  
\*Ejercicios respiratorios  
\*Ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular  
\*Ejercicios de coordinación desde movimiento grueso evolucionando a movimiento fino y de expresión de gesto en la medida de las posibilidades. Utilización de pequeños accesorios y materiales para ayuda en la coordinación  
\*Ejercicios para mejorar el equilibrio, corrección y ajuste postural  
\*Coordinación con música, Baile = movimiento coordinado al ritmo de la música .  
\*Descanso y puesta en común de experiencia de la actividad y recepción de inquietudes o modificaciones para la próxima sesión  
\*Ejercicio de respiración  
\*Ejercicio de relajación final y despedida.

Durante las sesiones se realizarán recomendaciones sobre hidratación, higiene corporal cuidado de los pies, uso de calzado, ropa adecuada y horario de ingesta previo al ejercicio.

INDICADORES  
Número de sesiones realizadas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

### 1. TÍTULO

#### VIVIR BAILANDO

Participantes en la actividad

Media de participantes por sesión.

Encuestas de evaluación previa a ola actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actividad física diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.

Diciembre/anual, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

#### DURACIÓN

\*Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018

\*Inicio de actividad en Junio de 2018

\*Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre2018.

\*Evaluación de resultados según indicadores propuestos

\*Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

### 1. TÍTULO

#### VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN CAMPOS AVELLANA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALMUDEVAR  
· Localidad ..... ALMUDEVAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN  
JUSTES ABIOL ANA LIDIA  
PISA MAÑAS JARA  
AVELLANAS MONTORI SOFIA  
GARCES CASTILLO BEATRIZ  
SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA  
VITALLA PERALTA SARA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 37 y 34 sesiones en Alcalá y Valsalada respectivamente.  
Se ha cumplido el calendario previsto, 1 sesión semanal salvo periodos vacacionales o coincidencia de festivo en el día de realización de la sesión.  
Se han realizado las acciones planteadas en el proyecto y se ha incorporado un tiempo al final de la sesión para compartir experiencias o inquietudes.  
Se ha realizado un documento con los ejercicios y dinámicas que utilizamos en la sesión como recordatorio para posibilitar realizarlos a diario.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este año ha aumentado el número de participantes en los dos núcleos ascendiendo a 22 en Alcalá y 14 en Valsalada. La media de participación por sesión ha sido de 12.37 y 5.34 respectivamente  
Mediante encuesta de satisfacción realizada al final de año 2019 se obtuvieron los siguientes resultados :  
-Satisfacción con la actividad realizada 85% alto o muy alto  
-Realización de ejercicio físico diario 90% de los participantes lo han incorporado a su rutina diaria  
-Valoración bienestar subjetivo 80% alto o muy alto

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según las encuestas realizadas y la valoración del equipo pensamos que se están cumpliendo los objetivos y el grado de satisfacción de los participantes es muy alto.

#### 7. OBSERVACIONES.

Queremos destacar que ha aumentado el número de participantes en los dos núcleos. Se han incorporado al grupo participantes masculinos, también menores de 45 años y personas reciente incorporación al municipio procedentes de otro país.  
Creemos que la actividad está siendo integradora y muy positiva para los vecinos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/849 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0849

Título  
VIVIR BAILANDO

Autores:  
CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN, REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN, JUSTES ABIOL ANA LIDIA, PISA MAÑAS JARA, AVELLANAS MONTORI SOFIA, GARCES CASTILLO BEATRIZ, SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA, VITALLA PERALTA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: senilidad. aislamiento social  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

### 1. TÍTULO

#### VIVIR BAILANDO

##### PROBLEMA

\*Los dos núcleos de población donde se va a realizar el proyecto tienen alta tasa de envejecimiento poblacional con pérdida de coordinación motora, flexibilidad, fuerza y equilibrio, además de pobres habilidades y resistencias para uso de sistemas de apoyo como bastones, andadores,...

\*Alta prevalencia de enfermedades crónicas, procesos álgicos y somatización.

\*Escasa actividad física, alto nivel de sedentarismo sobre todo en la población femenina, tendencia al aislamiento social.

El aumento de la actividad física ha demostrado la efectividad en la reducción de factores de riesgo cardiovascular, la mejora de la salud mental y la prevención de caídas sobre todo en ancianos.

La práctica de ejercicio grupal disminuye el aislamiento social, se ha demostrado que mejoran los autocuidados y las capacidades para desarrollar estrategias de afrontamiento de la enfermedad.

##### RESULTADOS ESPERADOS

\*Promover la participación activa de las personas mayores, con la creación de grupos normalizados y la inclusión de personas mayores con especiales problemáticas en la actividad

\* Motivar para la realización de ejercicio físico.

\* Adquirir conocimientos y estrategias necesarias para la realización de ejercicios físicos.

\* Mejorar el estado cardiovascular, cardiorrespiratorio flexibilidad, fuerza, equilibrio, psicomotricidad fina, etc. en las personas mayores.

\* Dotar de conocimientos sobre los hábitos saludables y la alimentación, así como de estrategias para desarrollar la memoria, la autoestima y las habilidades de comunicación.

\* Fomentar la convivencia y las relaciones sociales a través de la participación en la actividad.

\* Mantener el cuerpo y la mente activos de los destinatarios del Proyecto.

##### MÉTODO

Se publicitará el inicio de la actividad con apoyo de las asociaciones mediante cartel con 15 días de antelación en consulta captación activa.

Reunión inicial para presentación del proyecto en Centro de salud y localidades

El grupo máximo 20 participantes por localidad. Posibilidad creación dos grupos.

Frecuencia de la actividad 1 día por semana.

La duración 1 hora por sesión.

El lugar local social

Las sesiones tendrán el desarrollo siguiente :

\*Acogida ( y presentación el primer día)

\*Ejercicio de relajación

\*Ejercicios respiratorios

\*Ejercicios de estiramiento muscular y movilidad articular

\*Ejercicios de coordinación desde movimiento grueso evolucionando a movimiento fino y de expresión de gesto en la medida de las posibilidades. Utilización de pequeños accesorios y materiales para ayuda en la coordinación

\*Ejercicios para mejorar el equilibrio, corrección y ajuste postural

\*Coordinación con música, Baile = movimiento coordinado al ritmo de la música .

\*Descanso y puesta en común de experiencia de la actividad y recepción de inquietudes o modificaciones para la próxima sesión

\*Ejercicio de respiración

\*Ejercicio de relajación final y despedida.

Durante las sesiones se realizarán recomendaciones sobre hidratación, higiene corporal cuidado de los pies, uso de calzado, ropa adecuada y horario de ingesta previo al ejercicio.

##### INDICADORES

Número de sesiones realizadas

Participantes en la actividad

Media de participantes por sesión.

Encuestas de evaluación previa a la actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actividad física diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.

Diciembre/anual, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

##### DURACIÓN

\*Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018

\*Inicio de actividad en Junio de 2018

\*Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre 2018.

\*Evaluación de resultados según indicadores propuestos

\*Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0849

### 1. TÍTULO

#### VIVIR BAILANDO

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES MARCO AGUADO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS AYERBE  
· Localidad ..... AYERBE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

BORREL MARTINEZ JOSE MARIA  
CLAVERO PEREZ MANUEL  
GUERRERO ALVAREZ BELEN  
LAZARO BALAGUER FRANCISCO  
MALO GRACIA MARIA ELENA  
RAMON CASANOVA RICARDO  
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1. Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a evaluar. Reunión preliminar donde se presentó el proyecto el 7 de Mayo 2018.

5.2. Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en Prevención Primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia y terapia combinada. Se realizaron 2 sesiones clínicas :

5.2.1. Sesión clínica sobre "Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes". Realizada el 10 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.2.2. Sesión clínica sobre "Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016". 14 Mayo 2018. Se dio documentación por escrito referente a los datos aportados, y para consulta de los profesionales del centro.

5.3. Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. 3 de Septiembre 2018.

5.4. Primer seguimiento de resultados a fecha de 30 de septiembre 2018. Se valoran los resultados y se remiten a Atención Primaria el 11 de Octubre 2018.

5.5. Plan de comunicación entre los profesionales del EAP sobre valoración de resultados tras primer seguimiento. Errores detectados y soluciones a poner en marcha. Se realiza el 15 de Octubre 2018.

5.6. Finalización de proyecto con resultados a fecha 20 de Diciembre 2018. Se obtienen los resultados a dicha fecha y se redacta memoria definitiva del proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 6.1. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio = 8,47%
- 6.2. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio = 7.64%
- 6.3. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio = 91,52%
- 6.4. Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio = 92,35%
- 6.5. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia = 80,7%
- 6.6. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia = 83,56%
- 6.7. Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 4,8%
- 6.8. Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia = 3,11%

#### VALORACIÓN DE RESULTADOS:

- Los objetivos iniciales que nos planteamos era conseguir modificaciones superiores al 5% en cuanto a reducción de pacientes en tratamiento con hipolipemiantes combinados en prevención primaria. Y hay que decir que las expectativas han sido superadas con casi un 10% de reducción, lo que ha sido posible a una revisión a fondo de las indicaciones marcadas por las guías y aplicadas a nuestros pacientes.

- Importante ha sido la reducción de ezetimiba en monoterapia, de algo más de un 35%, acorde con los planteamientos de las Guías Europeas de dislipemias. Las indicaciones eran claras en cuanto a su utilización siempre que no se toleren estatinas. Por tanto tras una revisión a fondo de las indicaciones en prevención primaria, se comprobó que muchos de los pacientes no las cumplían.

- Esta mejora de resultados final se consiguió tras la valoración de los mismos en el primer seguimiento llevado a cabo en octubre, donde se recogieron datos que, aunque mejoraban los iniciales, distaban mucho de ser los actuales finales. Por tanto la valoración de estos datos en una reunión por el equipo repercutió en una mejora en la consecución de los planteamientos del proyecto.

- Este proyecto ha tenido un importante impacto en el tratamiento de nuestros pacientes, que sin tener ninguna patología cardiovascular, han visto reducido el uso de hipolipemiantes combinados, con la consiguiente mejora en evitar efectos secundarios.

- Los indicadores utilizados se acordaron inicialmente con la farmacéutica del Sector de Huesca, que orientó a aquellos que nos facilitarían una extracción de datos a partir de los listados proporcionados por la misma. Por tanto, los listados de los pacientes actualizados en el primer seguimiento y el final, han sido proporcionados por la farmacéutica, y analizados directamente en el Centro de Salud.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

- La actualización de los componentes del equipo en cuanto a las indicaciones de los tratamientos hipolipemiantes ha sido un factor primordial a la hora de la consecución de los objetivos iniciales. Los diversos recordatorios han facilitado al equipo una actualización que ha permitido mejorar las indicaciones iniciales de hipolipemiantes, así como la posibilidad de desprescripción de aquellos que no las cumplían. Todo ello se ha objetivado en los sucesivos cortes del proyecto llevados a cabo: disminuyo el uso de hipolipemiantes combinados en el primer seguimiento un 5,54%, y en el corte final se ha conseguido una disminución del 9,79%, datos que dan muestra de la importancia de hacer una revisión exhaustiva de los tratamientos.
- Se comenzó a revisar las prescripciones de ezetimiba en aquellos pacientes que la llevaban combinada o en monoterapia, favoreciendo la desprescripción en los casos en que no estaba indicada, consiguiendo una reducción de 35,2%.
- Todo ello supone una mejora muy sustancial respecto a los datos que el CS Ayerbe presentaba en la comparativa con el resto de centros del sector Huesca al comienzo del proyecto. La decisión de proponer este plan de trabajo era para mejorar los cifras iniciales.
- Pero la mejora no solo es a nivel de los pacientes, sino incluso a nivel de consumo farmacéutico reduciendo los costes del mismo.
- Los profesionales del equipo de AP disponen en estos momentos de documentación actualizada para su consulta sobre calculo de RCV, indicaciones de estatinas y resto de hipolipemiantes. Y un manejo más practico de todos ellos al poder contrastar la mejora sustancial del uso de los mismos.
- El proyecto es totalmente sostenible puesto que no ha precisado de ningún recurso adicional.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/549 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0549

Título  
REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCION PRIMARIA

Autores:  
MARCO AGUADO MARIA ANGELES, BORREL MARTINEZ JOSE MARIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, GUERRERO ALVAREZ BELEN, LAZARO BALAGUER FRANCISCO, MALO GRACIA MARIA ELENA, RAMON CASANOVA RICARDO, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
La importancia del proyecto nace tras la valoración de los resultados de los indicadores del Acuerdo de gestión de 2017 de nuestro CS, donde se aprecia un alto porcentaje de pacientes que tienen doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.  
Basándonos en las Guías Europeas 2016 para el manejo de las dislipemias para prevención de la enfermedad cardiovascular (ECV), las estatinas constituyen el tratamiento mas eficaz y seguro para reducir el c-LDL y la ECV. Pero en prevención primaria hay que estratificar, previamente, de forma individual el RCV, que nos ayudará a tomar la decisión de iniciar tratamiento con estatinas.  
El uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas no se recomienda al carecer de evidencia consistente de su efectividad en variables clínicas y de seguridad, por lo que su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo, que no toleren tratamiento con estatinas a las dosis recomendadas.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con combinación de fármacos hipolipemiantes, y revisar la indicación de las prescripciones en dichos pacientes identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorar la suspensión de uno de los fármacos según los criterios establecidos en las GPC.  
- Conocer el porcentaje de pacientes en prevención primaria y en tratamiento con estatinas y ezetimiba en

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0549

### 1. TÍTULO

#### REVISION DE UTILIZACION DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

monoterapia, y valorar la idoneidad del hipolipemiente usado, si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC y determinar el cambio del mismo si es necesario

#### MÉTODO

- Plan de comunicación interna entre los profesionales de la Unidad, con el objetivo de marcar los indicadores a monitorizar. Se llevará a cabo en una reunión inicial, así como reuniones periódicas de forma trimestral para puesta en común y rectificación de objetivos si fuera necesario.
- Plan de formación interna entre los profesionales de la Unidad para establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada:
  - o Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.
  - o Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.
  - o Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento y control de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.
  - o Tratamiento tanto en monoterapia, como combinado: pautas, indicaciones y perfil de seguridad.
  - o Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016.

#### INDICADORES

- Se considerarán Prevención Primaria todos los diagnósticos SIN CÓDIGO CIAP K74 (angina), K75 (IAM), K76 (enfermedad cardíaca arterioesclerótica) y K90 (accidente cerebrovascular/ictus).
- Se valorará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiantes y se procederá a su modificación o suspensión si es necesario.
  - 1) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al inicio del estudio.
  - 2) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes combinados al finalizar el estudio.
  - 3) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al inicio del estudio
  - 4) Porcentaje de pacientes con prescripción de hipolipemiantes en monoterapia al finalizar el estudio
  - 5) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman estatinas en monoterapia
  - 6) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman estatinas en monoterapia
  - 7) Porcentaje de pacientes al inicio del estudio que toman ezetimiba en monoterapia
  - 8) Porcentaje de pacientes al finalizar el estudio que toman ezetimiba en monoterapia

#### DURACIÓN

- 1) Reunión preliminar con el EAP para presentación del proyecto. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 7 Mayo 2018
- 2) Sesión clínica sobre Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria. Indicaciones de tratamiento en prevención primaria. Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 14 Mayo 2018
- 3) Sesión clínica sobre Tratamiento con estatinas. Objetivos lipídicos según las guías de Prevención Cardiovascular de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016. Responsable: coordinador proyecto. Fecha prevista: 21 Mayo 2018
- 4) Fecha de inicio del proyecto: 1 Junio. Responsable: coordinador del mismo.
- 5) Plan de comunicación de evolución del proyecto entre los integrantes del EAP: dificultades, dudas, etc. Previsto para: Septiembre. Responsable: Belén Guerrero Álvarez
- 6) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre
- 7) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LOURDES LANZAROTE NASARRE

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS AYERBE
- Localidad ..... AYERBE
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABADIAS LIESA FRANCISCO JOSE  
GUERRERO ALVAREZ BELEN  
MONTORI TORRIJOS SARA  
GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU  
PEREZ GAMAZO VANESA  
PELEATO LOPEZ OLGA  
SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A fin de proyecto se han realizado las actividades que se tenían programadas. Se han realizado tres sesiones en las distintas residencias de la zona. En las que se han hablado de:

- Lavado de manos con un taller práctico con lámpara UVA y reactivo para ver técnica correcta.
- Signos y síntomas más importantes en el anciano a valorar por parte del personal de la residencia. Se les dan pautas de actuación en tales casos y medidas a tener en cuenta en casos como hipoglucemias, síncope...
- Estado de vacunación y su importancia por parte de los usuarios de las residencias como de los profesionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado obtenido en los indicadores es el siguiente tras la revisión de la historia clínica del estado vacunal antes y después de las intervenciones.

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados gripe tras nuestra intervención:

- En Ayerbe 57% vacunadas, 14,2% desconocidos, 28,8% no vacunadas.
- En Agüero 28,5% vacunados y 57.3% no vacunadas, 14,2% desconocido

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados Hepatitis B tras nuestra intervención:

- En Ayerbe 71,6% 14.2% desconocido, 14,2% no vacunadas
- En Agüero 57%, 21,5% desconocido, 21,5% no vacunadas

Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados de dT tras nuestra intervención.

- En Ayerbe 62% vacunadas, 14,2% desconocido, 23,8 no vacunadas
- En Agüero 71% vacunadas, 14,5% desconocido, 14,5% no vacunadas

Nivel de conocimiento de los temas a tratar: Tras las sesiones realizadas el personal nos muestra subjetivamente por comentarios que nos realizan que las intervenciones y talleres realizados les han servido para aumentar conocimientos, aclarar dudas y para mejorar las relaciones con el centro de salud. También muestran su interés por otros temas distintos a los tratados y que se queda que se desarrollarán en futuras intervenciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo positiva de las intervenciones realizadas.

Se observa un aumento considerable del porcentaje de profesionales bien vacunados tras las sesiones y talleres realizados en especial es llamativo el aumento en la vacunación de VHB. Observamos que en cuanto a la vacunación de la gripe son más reticentes a ponerse, los trabajadores nos verbalizan su temor a los síntomas que pueden padecer tras la administración y eso se evidencia en la baja vacunación, lo que nos hace plantearnos otro tipo de estrategias para futuras intervenciones para aumentar este indicador.

El uso de material didáctico utilizado en el taller de lavado de manos nos parece muy adecuado para este tipo de sesiones ya que dinamiza el aprendizaje y hace que no sea tan pesado, por lo que para futuras intervenciones valoramos aumentar el uso de este tipo de técnicas de aprendizaje más que el formato de charla.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/575 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0575

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA DE SALUD

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

##### Autores:

LANZAROTE NASARRE LOURDES, GAVETE CALVO MARIA ARANZAZU, MONTORI TORRIJOS SARA, ABADIAS LIESA FRANCISCO JAVIER, PEREZ GAMAZO VANESA, PELEATO OLGA LOPEZ, SALAMERO ESTEBAN MARIA PAZ, GUERRERO ALVAREZ BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MANEJO DE PATOLOGÍA DEL ANCIANO  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos: -----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió "salud" en 1948 de la siguiente forma: "salud equivale a un completo estado de bienestar físico, mental y social que no consiste únicamente en una ausencia de enfermedad"

Por otra parte, en 1969 definió educación para la salud: "La educación sanitaria se basa en inducir a las personas a adoptar y mantener las costumbres de una vida sana, a utilizar razonablemente los servicios sanitarios puestos a su disposición y también a tomar decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su estado de salud y el del medio en que habitan".

Estudiando la población de nuestra zona básica de salud (ZBS), observamos que está muy envejecida, como así demuestra una pirámide poblacional regresiva. Esto se traduce en un número elevado de ancianos y enfermos crónicos, que precisan cuidado y atención de otra parte de la población, menos numerosa, más joven, pero que debe "mantenerse sana".

Este proyecto es la continuación de la creación e implantación de una agenda comunitaria en nuestro centro de salud.

Tras el estudio de la población y determinar las necesidades reales en la zona de salud de Ayerbe en materia de Comunitaria en el anterior proyecto, se pretende poner en marcha la agenda comunitaria mediante una serie de acciones sobre la población anciana buscando su empoderamiento en materia de salud y fomentar estilos de vida más saludables. El fin de este proyecto, es proporcionar a los habitantes de la comunidad conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida y la de los ancianos de su entorno, bien sea porque son trabajadores de residencias de ancianos, cuidadores en domicilio (contratados o familiares que tiene a su cargo personas mayores dependientes).

##### RESULTADOS ESPERADOS

Dar herramientas a la población encargada del cuidado de personas ancianas para saber:

- Gestionar su autocuidado: Promover la vacunación antigripal. Correcto lavado de manos y uso de antiséptico de manos, guantes. Uso de mascarilla en los casos indicados para evitar contagio del personal residente o del anciano en general. Correcta manipulación y movilización de los ancianos para evitar autolesiones.
- Identificar situaciones de riesgo para el anciano, principalmente: hipoglucemia, hipotensión, crisis hipertensivas, síncope.

##### MÉTODO

- Sesión formativa de higiene, lavado de manos y vacunas para prevención de transmisión y contagio de enfermedades infecciosas comunes en el entorno: gripe, gastroenteritis aguda, otras infecciones del tracto respiratorio.
- Sesión sobre signos de alarma en el anciano más comunes: síncope, hipoglucemia, hiperglucemia crisis hipertensivas.

##### INDICADORES

- 1- Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año antes de nuestra intervención.
  - 2- Porcentaje de trabajadores correctamente vacunados cada año después de nuestra intervención.
  - 3- Nivel de conocimiento de los temas a tratar, previo a la intervención (al inicio de la sesión)
  - 4- Nivel de conocimiento adquirido de los temas tratados (una vez finalizada la sesión)
- Los puntos 1 y 2 se evaluarán con la recogida de datos de vacunación en el registro existente en OMI  
Los puntos 3 y 4 se evaluarán realizando un test al inicio de la sesión y otro al final para comparar los conocimientos previos con los adquiridos.

##### DURACIÓN

- 1) Reunión del equipo para presentación del proyecto: 4 junio 2018
- 2) Reunión del equipo para presentar materiales, ideas y propuestas para diseño de la intervención en la población diana: 18 junio 2018

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0575

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD PARA CUIDADORES DE ANCIANOS Y ENFERMOS CRONICOS EN NUESTRA ZONA BASICA E SALUD

- 3) Reunión del equipo para ensayo de sesión propuesta y distribución de roles: 2 julio 2018
- 4) 1º Taller formativo equipo Residencia de Ayerbe (50% de la plantilla): 20 septiembre 2018
- 5) 2º Taller formativo equipo residencia de Ayerbe (50% restante): 27 septiembre 2018
- 6) Taller formativo equipo residencia de Agüero: 4 octubre 2018 ( y 10 de octubre 2018 en caso de precisar dos talleres)
- 7) Reunión del equipo para analizar la evolución y resultados del proyecto: 8 octubre 2018
- 8) Fecha prevista de finalización del proyecto: 1 diciembre 2018-04-24
- 9) Evaluación del proyecto: 15-20 diciembre

#### OBSERVACIONES

Debido al amplio número de población que abarca el proyecto, implicando diferentes ámbitos (residencia, domicilio, poblaciones dispersas, etc) el principal objetivo en el presente año es llegar principalmente a los trabajadores de residencia, siendo nuestro interés intentar cubrir toda la población

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0280

### 1. TÍTULO

#### TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA ARNAL BARRIO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BERDUN  
· Localidad ..... BERDUN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL  
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN  
BAZTAN OLLETA LAURA  
GARCES ROMEO TERESA  
ASCASO CASTAN LOURDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se seleccionó el tema en función de la solicitud de alguna asociación y del equipo directivo del Colegio Rural Agrupado (CRA) Río Aragón.: Manejo inicial de situaciones de emergencia.  
2- Se elaboró la parte teórica y práctica (según las guías), contactando con la Unidad Docente de Huesca para el préstamo de los maniqués de RCP.  
3- Nos coordinamos con los municipios ( petición de locales, horarios..) y se elaboraron carteles informativos sobre el tema, la fecha y hora de los talleres programados.  
4- Se elaboró la encuesta de satisfacción y conocimientos después de cada uno de los talleres de forma individual. Al personal docente no se pudo realizar por falta de tiempo.  
5- Se realizaron 5 talleres prácticos en 5 municipios y 1 taller en el CRA "Río Aragón" agrupando a los profesores y monitoras de comedor escolar.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se llevaron a cabo los 6 talleres programados.  
- En los talleres realizados en los municipios participaron 81 personas  
- Al taller para personal docente acudieron 38 personas, que significa el 100% de los convocados  
- Se pasó una encuesta con 2 apartados (satisfacción y adquisición de conocimientos):  
a.- Satisfacción: El 100% expresaron su satisfacción con actividad realizada, su duración, local y material empleado.  
b.- Conocimientos: A las preguntas sobre "aprender y/o actualizar conocimientos de activar la cadena de supervivencia y manejar una situación de urgencia vital", después del taller el 87% dieron respuestas correctas en la encuesta.  
En el taller del CRA no se pasó encuesta por falta de tiempo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los asistentes a los talleres han recibido información sobre cómo manejar una situación de emergencia,. Además se informó sobre el manejo y normativa general en Aragón del DESA.  
Realizar los talleres de forma básicamente práctica, ha facilitado la alta satisfacción de los asistentes. Al ser por la tarde y realizar la actividad en los municipios que solicitaron nuestra colaboración, se ha promovido la participación de personas más jóvenes que en otras actividades programadas.  
Tras los talleres, 4 ayuntamientos han adquirido un DESA.  
Los profesores mostraron su agradecimiento por la colaboración.  
El EAP se muestra satisfecho por alcanzar tan buenos resultados en este proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/280 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0280

Título  
TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL DE SITUACIONES DE EMERGENCIA

Autores:  
ARNAL BARRIO ANA MARIA, OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, BAZTAN OLLETA LAURA, GARCES ROMEO TERESA, ASCASO CASTAN LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0280

### 1. TÍTULO

#### TALLERES A LA COMUNIDAD DEL MANEJO INICIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Urgencias vitales  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Diversas asociaciones y ayuntamientos expresaron la necesidad de realizar talleres prácticos de primeros auxilios dada la lejanía de los pueblos a los servicios médicos.  
Además la adquisición de DESA por algunos ayuntamientos, ha generado la inquietud de la población ante posibles urgencias vitales.  
Ya que la RCP básica en el medio extrahospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar, creemos de gran utilidad el conocimiento de esta práctica por el mayor número de personas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- conseguir que la población sepa manejar una situación de urgencia vital
- que la población sepa activar la cadena de supervivencia para agilizar la atención médica de urgencia
- dar a conocer la utilidad del DESA
- la población diana este proyecto se dirige a toda la comunidad

#### MÉTODO

- reuniones con diversos activos en la comunidad (profesores del CRA, asociaciones)
- reunión de equipo para diseñar la actividad y el calendario -realización de carteles, publicidad de la actividad
- elaboración de una encuesta básica sobre los conocimientos adquiridos
- realización de talleres por la tarde, fuera del horario laboral, para facilitar el acceso a la población trabajadora
- como recursos humanos para cada taller se desplazará un médico y una enfermera del EAP
- como recursos materiales se utilizarán los maniquís cedidos por la Unidad Docente de Huesca para que todos los asistentes realicen las maniobras de la RCP.

#### INDICADORES

- realizar la actividad al menos en 5 poblaciones de la zona de salud.
- realización de un test para la evaluación de los conocimientos adquiridos, en el que más del 80% respondan bien a las preguntas
- evaluación de satisfacción de la actividad: > 80% satisfechos o muy satisfechos

#### DURACIÓN

- reuniones, diseño de la actividad, petición de material y de locales: primer trimestre. Responsable Ana Arnal
- realización talleres: abril- mayo y octubre-noviembre. Responsable: Ana Arnal
- evaluación de la actividad mediante encuesta: diciembre: Ana Arnal y Teresa Garcés

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ----- \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0619

### 1. TÍTULO

#### RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA BAZTAN OLLETA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BERDUN  
· Localidad ..... BERDUN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ARNAL BARRIO ANA MARIA  
ASCASO CASTAN LOURDES  
GARCES ROMEO TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- Se seleccionaron 3 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, eligiendo el criterio de inclusión en reunión de equipo, mediante captación realizada de forma individual por teléfono o en consulta de enfermería.
- 2- Se seleccionó el material didáctico para impartir los talleres.: manual de educación diabetológica, fichas del método plato, fichas de cuidados de los pies, existente en la biblioteca del centro.
- 3- Se propusieron 4 municipios en un principio, pero sólo en 3 de ellos se logró la selección de más de 5 diabéticos con los criterios de inclusión propuestos.
- 4- Se elaboraron los contenidos de los 2 talleres que se impartieron en 3 municipios:  
A. definición de la diabetes y tratamiento, técnica de autoanálisis y autocontrol, hipoglucemia con manejo de kit glucagon e hiperglucemia.  
B. alimentación, ejercicio, pie diabético.  
C. encuestas para la valoración de objetivos alcanzados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se impartieron 6 talleres en 3 municipios con un total de 20 participantes.  
Se realizó una encuesta, pasado un mes, sobre las actividades realizadas con 4 preguntas:  
El 95 % manifestó haber adquirido conocimientos sobre la enfermedad.  
El 80 % afirmó que actualmente realiza una alimentación adecuada.  
El 70% dijo haber mejorado la rutina en el ejercicio.  
El 85% piensa que ahora vigila mejor sus pies.  
Finalmente la encuesta se realizó al mes de concluir los talleres lo que ha podido condicionar los buenos resultados obtenidos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades realizadas, de tipo "talleres", consideramos que han resultado positivas para la consecución de los objetivos. Hemos pretendido dar y/o refrescar información, proporcionar conocimientos prácticos y modificar comportamientos, ya que consideramos que todo forma parte de la educación diabetológica, cuyo fin último creemos que es el AUTOCONTROL Y LA AUTONOMÍA por parte del paciente.  
Por otro lado reseñar que ha sido interesante el intercambio de opiniones, experiencias y "modos de hacer las cosas" de los asistentes.  
Creemos que este tipo de intervenciones pueden ser de utilidad en la reducción de complicaciones a corto y largo plazo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/619 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0619

Título  
RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Autores:  
BAZTAN OLLETA LAURA, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ASCASO CASTAN LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0619

### 1. TÍTULO

#### RENOVACION DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS SALUDABLES EN DIABETICOS TIPO 2

Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Tras la evaluación del cuadro de mandos de diabéticos, detectamos que en nuestra población la mayoría de ellos son adultos con diabetes tipo 2, sobre los cuales la educación sanitaria resulta ser efectiva. Siguiendo las directrices de la DAP, seleccionamos este proyecto asistencial ya que es una línea estratégica del año 2018. Debido a que en la diabetes tipo 2 los usuarios son capaces de autogestionar y autocontrolar su enfermedad, desde el centro de salud nos proponemos realizar con ellos talleres de educación grupal. Los profesionales contamos con las herramientas necesarias para ayudar a que los pacientes adquieran los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y aumentar su capacidad de autogestión.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son los diabéticos tipo 2 con tratamiento farmacológico. Como objetivos nos proponemos:  
- Promover el trabajo de enfermería en la educación grupal.  
- Conseguir mediante los talleres, que los pacientes mejoren los conocimientos de su enfermedad, tratamiento farmacológico, hábitos de vida...;todo ello con el objetivo último de mejorar el autocontrol y la autonomía a través de la educación diabetológica.

#### MÉTODO

Selección de 4 grupos de diabéticos tipo 2, con características similares, según el criterio de inclusión elaborado en reunión de EAP.  
Elección del material necesario para impartir los talleres.  
Selección de los municipios en los que se realizarán los talleres, siendo al menos en 4 poblaciones diferentes.  
Realización del primer taller: definición de la diabetes y tratamientos, hipoglucemia con el Kit glucagon e hiperglucemias.  
Realización del segundo taller: alimentación y ejercicio, pie diabético.  
Realización de encuestas para valoración de objetivos alcanzados.

#### INDICADORES

Número de poblaciones en las que se organizan los talleres: 4 municipios  
Número de talleres realizados / número de talleres programados; 8 talleres.  
Evaluar los conocimientos adquiridos mediante encuesta individual realizada antes y después de los talleres.  
Para conocer si hemos conseguido alguna ganancia en salud se realizará, con posterioridad, una encuesta sobre " Hábitos de vida modificados" .

#### DURACIÓN

Mayo- junio 2018: selección de pacientes para los talleres y municipios: Lourdes Ascaso y Ana Arnal  
Mayo-junio 2018: selección material a utilizar en los talleres: Laura Baztán.  
Junio 2018: elaboración de las diferentes encuestas: Laura Baztán  
Septiembre 2018: primer ciclo de talleres: Lourdes Ascaso, Ana Arnal y Laura Baztán  
Octubre: segundo ciclo de talleres: Ana Arnal, Lourdes Ascaso y Laura Baztán.  
Noviembre 2018: evaluación de las encuestas y valorar nuevos talleres según la respuesta de los asistentes: Ana Arnal .  
Marzo 2019 : encuesta " Hábitos de vida modificados".Laura Baztán

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

### 1. TÍTULO

#### PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCIÓN CUATERNARIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL ANGEL OCHOA ROJAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BERDUN  
· Localidad ..... BERDUN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN  
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al finalizar el proyecto se han realizado la mayoría de las actividades previstas, si bien el traslado a otro centro sin previo aviso del médico responsable del proyecto ha originado importantes cambios y déficits que señalaremos.

- 1.- Se han realizado las 3 reuniones previstas para planificación, formativa y discusión de casos concretos y además fueron necesarias 4 reuniones más dada la complejidad del abordaje de varios pacientes.
- 2.- Se evaluaron de forma individualizada cada uno de los 49 paciente de forma cruzada, de tal forma que ningún médico evaluó a sus propios pacientes.
- 3.- Se rellenó para cada paciente el formato del "Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos"
- 4.- Se realizó por el médico que sufrió el traslado una base de dato excell de gran complejidad para la recogida de todas las variables a estudiar.
- 5.- Análisis estadístico: No ha podido ser correctamente evaluado al no tener acceso dicho médico a los pacientes de Berdún, por lo que no hemos podido realizar la evaluación de los 49 pacientes, sino solo de 30, excluyendo los 17 pacientes del médico trasladado y 2 fallecimientos. Además dada la complejidad del análisis estadístico no hemos podido completarlo en su totalidad. .

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por todo lo anteriormente expuesto los resultados obtenidos han sido muy inferiores a los esperados. Sin embargo en los 30 pacientes que han sido finalmente válidos hemos extraído los siguiente resultados según los indicadores prefijados:

Nº de pacientes que dejan de ser polimedicados / Nº de paciente polimedicados = 6 / 30 = 20% (indicador 10%)

Nº de pacientes a los que se es ha realizado alguna modificación/ Nº polimedicados estudiados=  
17 / 30 = 56%. (indicador 20%)

Nº de fármacos no indicados suprimidos/ Nº fármacos no indicados = 16 / 20 = 80% (indicador 20%)

Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas = 8 / 10 = 80 % (indicador 75%)

Nº de interacciones corregidas / Nº de interacciones detectadas = 3 / 3 = 100% (indicador 50%)

Nº pacientes con reducción de riesgo anticolinérgico / Nº de pacientes en riesgo anticolinérgico =  
0 / 2 = 0% (indicador 20%).

Los fármacos no indicados suprimidos fueron 6 omeprazoles, 1 cinitaprida, 1 furosemida, 1 terbutalina inhalada y 2 corticoide inhalado, 3 alopurinol en hiperuricemia asintomática,

Las duplicidades detectadas fueron:

Dos diuréticos de asa: furosemida y torasemida.,

Paracetamol y tramadol con fármacos que asocian estos 2 fármacos.

Vitamina D con fármacos que asocian esta vitamina con calcio.

Lorazepam y lormetazepam tomados ambos por la tarde noche.

Dos antagonistas alfaadrenérgicos: la doxazosina para el tratamiento de HTA y la tamsulosina para la HBP

No se cambiaron los 2 fármacos con riesgo anticolinérgico, por ser un antidepresivo y otra una quietapina con buenos resultado en las 2 pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Trabajar sobre el paciente polimedicado es siempre complejo y no siempre los resultados son alentadores. Sin embargo el valorar pacientes de otros compañeros ofrece una visión nueva del tratamiento, ya que el médico de cabecera ha podido perder perspectiva tras haberlo tratado durante mucho tiempo.

Aunque el número pacientes final solo ha sido de 30, por las razones ya expuestas, los buenos indicadores

obtenidos, nos impulsan a creer que la valoración cruzada es de mayor efectividad.

Al no poder contar con el análisis estadístico no hemos podido evaluar los fármacos más prevalentes dentro de la polimedicación ni los diagnósticos que inducen más a la prescripción múltiple ni medir el grado de inercia médica aunque si se ha realizado prevención cuaternaria en aquellos pacientes a los que se les suprimido fármacos potencialmente peligrosos o se han corregido duplicidades, y suspendido fármacos no indicados.

Aunque damos por cerrado este proyecto, queda abierta la posibilidad de repetirlo dentro de unos meses, dada la utilidad práctica y los resultados en salud conseguido en varios de estos pacientes.

Por último comentar la gran utilidad del "Anexo III. Registro para la revisión clínica de los tratamientos"



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

### 1. TÍTULO

#### PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

para realizar una revisión sistemática del paciente polimedicado.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/625 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0625

Título  
PACIENTE POLIMEDICADO: ENTRE LA INERCIA MEDICA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Autores:  
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Polimedicado  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Tras el análisis de los datos del AGC 2017, vemos que en el CS Berdún el número de pacientes con más de 5 fármacos permanece estable a lo largo de los años, a pesar de las revisiones anuales realizadas por los MAP. Quizá la revisión de los mismos pacientes por parte de su propio médico de familia resta objetividad a la hora de realizar valoraciones clínicas y posteriores ajustes. Por ello nos planteamos hacer dicha revisión de forma más exhaustiva y por otro profesional distinto al médico de familia habitual. Las interacciones, los efectos secundarios y la utilización de fármacos de baja eficacia son causa de yatrogenia, evitable en parte, con una correcta revisión estructurada del tratamiento. Además, así abordamos una línea de cuidados estratégicos según el AGC 2018.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es disminuir la yatrogenia evitable en pacientes mayores de 75 años que estén tomando 6 o más principios activos. Si bien esa es nuestra población diana, dada la complejidad del trabajo a realizar, seleccionaremos una población del 51,5% ( N:95 margen de error del 10% y nivel de confianza 95%), para trabajar en 2018 completando el total en 2019. Mediante la revisión estructurada queremos conseguir, siempre de acuerdo con el médico de familia del paciente, lo siguiente :  
- suprimir fármacos no indicados en el momento del estudio,  
- evitar duplicidades,  
- investigar las posibles interacciones y evitarlas en lo posible,  
- ajustar dosificación según las características del paciente,  
- reducir el riesgo anti colinérgico en el mayor número de pacientes posible.

#### MÉTODO

- Reunión para planificación del proyecto y puesta en común de actividades a realizar:1 reunión.  
- Reunión formativa para aclarar conceptos, valoración riesgo anti colinérgico, objetivos terapéuticos...: 2 reuniones.  
- Selección de la población diana de forma aleatoria con criterio de exclusión la pertenencia a cada cupo médico para conformar 3 grupos.  
- Elaboración del estudio de cada paciente individualizado mediante la utilización del formato unificado propuesto por el Proyecto del Polimedicado.  
- Consensuar con el médico de familia los posibles ajustes.  
- Evaluación de los resultados del 2018 y replanteamiento de los objetivos para 2019 según los resultados obtenidos.

#### INDICADORES

Nº pacientes que dejan de ser polimedificados / Nº pacientes polimedificados estudiados

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0625

### 1. TÍTULO

#### PACIENTE POLIMEDICADO, ENTRE LA INERCIA Y LA PREVENCION CUATERNARIA

Nº pacientes a los que se ha realizado alguna modificación / Nº pacientes polimedicados estudiados  
Nº de fármacos no indicados suprimidos / Nº fármacos no indicados totales  
Nº de duplicidades corregidas / Nº duplicidades detectadas  
Nº de interacciones corregidas / Nº interacciones detectadas  
Nº de pacientes con reducción de riesgo anti-colinérgico / Nº pacientes en riesgo anti-colinérgico

#### DURACIÓN

Reunión para planificación del proyecto : Ana Carmen Giménez, abril  
Reunión formativa y selección de la población diana: Miguel Ochoa, abril-mayo.  
Elaboración del estudio de cada paciente individualizado: Miguel Ochoa, mayo a octubre.  
Replanteamiento objetivos Miguel Ochoa, diciembre 18- enero 19

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

### 1. TÍTULO

#### ¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANNADEL BOSQUE OROS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA  
· Localidad ..... BIESCAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SALCEDO GIL MARISOL  
PARGADA ORTIZ NURIA  
MIRANDA ORTIZ ANA  
GRACIA NERIN JOSE  
MARTIN LOPEZ MARIA MILAGROS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se han realizado cuatro sesiones durante 4 semanas consecutivas los días 18 y 25 de septiembre, y el 2 y 9 de octubre de 2018 en el Centro de Salud.

-Se realizaba una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional.

-El equipo de mejora planificó en reuniones las actividades a realizar, además de comunicarlo al resto de integrantes del centro de Salud y al Consejo de Salud.

-La administrativa Milagros Martín confeccionó los pósters informativos que se difundieron por comercios, biblioteca, ayuntamiento y centro de Salud (incluyendo consultorios locales activos), además de realizar captación activa en consultas. El ayuntamiento de Biescas informó de la actividad desde su página web.

-En la primera sesión la Dra. Bosque explicó los síntomas de la menopausia y cómo afrontarlos, basándose en las guías de Atención a la Mujer en el Climaterio del Sistema Nacional de Salud avaladas por las sociedades científicas. En la segunda sesión la Enfermera Marisol Salcedo expuso las bases del Programa para promover hábitos de alimentación saludables del Gobierno de Aragón y las recomendaciones de promoción del ejercicio. En la tercera sesión Milagros Martín con técnicas audiovisuales nos explicó nociones básicas de Tai Chi y Qi Gong, entregando en CD y/o pendrive a los asistentes un video de iniciación para poder seguir practicando en domicilio. En la cuarta sesión la Dra. Bosque habló del stress y se practicaron ejercicios de Mindfulness. Se recogieron encuestas de satisfacción y sugerencias para proseguir con las actividades en el futuro.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante las cuatro sesiones se registraron un total de 51 (18+16+6+11) participantes, aunque en la tercera sesión por la climatología no conseguimos el número de más de 10 personas que nos habíamos propuesto.

Basándonos en la encuesta de satisfacción, el nivel de mejoría de bienestar emocional y en los conocimientos para mejorar la salud en la menopausia es muy satisfactoria, de 100%.

Respecto al objetivo propuesto de incremento de actividad física nos es difícil valorarlo porque ha sido en un periodo corto de tiempo y quizás no era adecuado como indicador. En próximas reuniones del equipo de mejora intentaremos utilizar indicadores más concretos y más precisos de evaluar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora está satisfecho con las actividades realizadas y por la alta satisfacción de las participantes.

Aspectos a mejorar: este proyecto hubiera tenido más difusión y posiblemente más duración y participación si el ayuntamiento, voluntarios de la Cruz Roja y la Comarca de Alto Gallego hubieran colaborado más activamente, ya que el Centro de Salud realizó la mayoría de las actividades, sin tener presupuesto de apoyo económico, y fuera de nuestro horario laboral, para su puesta en marcha. Creemos que el futuro de este proyecto debe continuar tras implicación de otras instituciones y que el Centro de Salud se ofrece para seguir impulsándolo pero no como los actores principales. En el Consejo de Salud así se convino y durante el primer trimestre iniciaremos reuniones con la Comarca y el ayuntamiento para mejorar el proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/416 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0416

Título  
¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Autores:  
BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL MARISOL, PARGADA ORTIZ NURIA, MIRANDA ORTIZ ANA, GRACIA NERIN JOSE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0416

### 1. TÍTULO

#### ¿QUEDAMOS Y NOS CUIDAMOS?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

##### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología: climaterio  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El equipo del Centro de Salud de Biescas, además de participar de forma activa en los proyectos actualmente vigentes, desea iniciar un nuevo proyecto comunitario que establezca contacto de los sanitarios con la población, y a partir de este proyecto surjan otros en el futuro.  
Para conseguir que el equipo de trabajo sea interdisciplinar, se propone voluntarios entre los miembros del Consejo de Salud en noviembre de 2017.  
La atención a la mujer en el climaterio está incluida en la cartera de servicios de este centro. Nos consta en nuestras consultas diarias una demanda muy frecuente de la mujer en periodo perimenopáusico por los diversos síntomas: insomnio, sofocos, depresión, aumento del riesgo cardiovascular, trastornos de la sexualidad, depresión y alteraciones cognitivas con fallos de memoria. La práctica de ejercicio físico tiene evidencia científica grado A para mejorar el estado físico y el bienestar emocional.

##### RESULTADOS ESPERADOS

-MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA  
-FOMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA  
-MEJORAR LA SALUD MENTAL DE ESTA POBLACIÓN PARA QUE AFRONTE ESTA ETAPA VITAL DE FORMA POSITIVA Y NORMALIZADA.  
-DISMINUIR LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO FRENTE A LA PROMOCIÓN DEL EJERCICIO, LA DIETA SALUDABLE Y LA RELAJACIÓN

##### MÉTODO

-Se realizará una actividad física moderada: paseo de 30 minutos, con estiramientos musculares y ejercicios de espalda sana, seguidos de una charla-coloquio de los sanitarios y participantes en el proyecto, sobre temas de interés recogidos en las encuestas previas, con pautas para mejorar el bienestar físico y emocional. Habrá difusión desde el centro de salud, el ayuntamiento de Biescas, y la Mancomunidad del Alto Gállego.  
-Grupo destinatario: iniciaremos el proyecto de 45 a 55 años ambas inclusive que residan en la localidad de Biescas, sin excluir a cualquier persona que decida acompañarnos.  
-Lugar de inicio: Entrada al Centro de Salud de Biescas, situado en Plaza Constitución sn.  
-¿Cuándo? Todos los martes a las 12/30 horas del tercer cuatrimestre del año 2018, a partir del 4 de septiembre de 2018.

##### INDICADORES

-Número de participantes en el proyecto mayor de 10 personas en cada sesión  
-Nivel de mejora de bienestar emocional de los participantes de más del 80%.  
-Nivel de mejora de conocimientos sobre esta etapa de la vida de más del 80 %.  
-Incremento de la actividad física en más del 80% de los participantes.

##### DURACIÓN

-En segundo cuatrimestre de 2018, reuniones del equipo de trabajo y preparación de talleres.  
-En tercer cuatrimestre de 2018, desarrollo de las actividades con la población  
-En primer cuatrimestre de 2019 se evaluará el proyecto, con observador externo  
-En segundo cuatrimestre de 2019, tras las conclusiones y modificaciones, se continuará con el proyecto .

##### OBSERVACIONES

Antigua línea: Salud Mental

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0428

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA CLAVER GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA  
· Localidad ..... BIESCAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BOSQUE OROS ANNADEL  
BOBE PELLICER MARIA ANGELES  
MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteo en las diferentes asociaciones vecinales del valle, así como en el IES y colegio realizar una serie de sesiones, poniéndonos en contacto con representantes de ellas. Las sesiones tenían el siguiente cronograma: sesiones de 3h (charla sobre las enfermedades crónicas más prevalentes en infancia y adolescencia; charla sobre la actuación ante diferentes urgencias médicas: PCR, DESA, ICTUS, centrándonos en el reconocimiento de las situaciones y la respuesta de la población a las mismas; y por último una sesión práctica de RCP). Tras las actividades eran dinámicas, primero los profesionales y posteriormente coloquio con los participantes y práctica, se pasaba una encuesta de satisfacción de 0 a 5 y una de adquisición de conocimientos (20 preguntas tipo test de 3 respuestas válidas), así mismo se recogía opiniones tras la puesta en común.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos eran: aumentar la formación del profesorado respecto a enfermedades crónicas más prevalentes en la infancia-adolescencia.  
-Mejorar la actitud ante diferentes situaciones desfavorables en las que se pudieran encontrar el personal docente o personas de nuestro valle  
-Favorecer la integración de las personas con enfermedades crónicas, mejorando la percepción de estos procesos  
-Valorar la adquisición de habilidades en taller de RCP básica

Como indicadores se realizaba una encuesta de adquisición de conocimientos, una valoración del grado de satisfacción siendo 0 nada satisfecho y 5 totalmente y finalmente la puesta en común con dudas y opiniones.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El planteamiento como se ha dicho se hizo a varias asociaciones y centros docentes, solo uno de ellos dio una respuesta positiva y se llevó a cabo la sesión con 33 personas en mes de Abril, siendo la actividad valorada muy positivamente por todos ellos y adquiriendo mejoría en los conocimientos de los objetivos detallados. No obstante el resto no quisieron realizarlas, nos hemos encontrado con el inconveniente que se trata de personas en activo que siempre planteaban realizar las actividades en jornadas tarde-noche, se intentó acomodarnos pero resulta complicado pues se trata de realizar la actividad comunitaria fuera de nuestro horario laboral, no siempre tenemos disposición personal y a esto se suma que dada la dispersión geográfica de nuestro centro de salud, no podemos dejar sin atender los consultorios en horarios de mañana. Desde el personal médico se planteó esta actividad pero no ha habido colaboración del resto del equipo por lo que llevar a cabo todas las sesiones si alguno no podía por fechas ha sido más complicado. Ha existido por tanto una falta de colaboración de parte del EAP así como la dificultad de tener que realizar toda la actividad fuera de nuestro horario laboral, por la dispersión y por la falta de facilidad por parte de la DAP de compensar el tiempo extra de alguna manera.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/428 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0428

Título  
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTES ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Autores:  
CLAVER GARCIA PAULA, BOSQUE OROS ANNADEL, BOBE PELLICER MARIA ANGELES, MEAVILLA BINUE MARIA LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BIESCAS-VALLE DE TENA

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0428

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS Y EMERGENCIAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y CRONICAS  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El 24 de Junio del año 2015 se publica en BOA la necesidad de disponer de botiquin y medicamentos de urgencias en los centros educativos. Desde entonces detectamos preocupacion por parte del profesorado y en otros sectores (comarcas, asociaciones de vecinos...) ante la falta de conocimientos a la hora de actuar ante problemas de salud.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- aumentar la formación del profesorado respecto a las enfermedades crónicas prevalentes en infancia-adolescencia
- mejorar la actitud ante situaciones desfavorables ante las que se encuentre el personal docente o personal de las asociaciones vecinales
- Favorecer la integración de las personas con enfermedades crónicas, mejorando la percepción sobre estos procesos
- Valorar el impacto de una intervención educativa sobre los conocimientos del personal alq ue se imparten las sesiones

#### MÉTODO

- Establecer contacto con las asociaciones vecinales, instituto y CRA del valle
- Ofertar charlas sobre las enfermedades cronicas mas prevalentes en infancia-adolescencia (1 sesión teórica)
- Ofertar charla sobre la actuacion ante diferentes urgencias medicas (1 sesión teórico-practica)
- Taller de RCP básica (1 sesión eminentemente practica)
- Encuesta de adquisición de conocimientos y satisfacción.

#### INDICADORES

- Valorar mediante encuesta la adquisición de conocimientos
- Valorar el grado de satisfaccion

#### DURACIÓN

- Sesiones teórico-practicas divididas en 3 bloques de 1 h de duración cada uno de ellos
- Se realizarann las sesiones a lo largo del año 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

### 1. TÍTULO

#### BAXANDO T'A ESCUELA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DE LOPE ROMEO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BROTO  
· Localidad ..... BROTO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO  
PALAZON FRANCO MARTA  
NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR  
RIVERA GUIRAL ESTEFANIA  
BELLES LLERDA RAQUEL  
TORRERO BESCOS YOLANDA  
GUILLEN BELIO MARIA ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez iniciado el curso escolar 2018-2019 se acordaron en reunión de equipo posibles temas a tratar pero han sido las propias AMYPAs y los centros escolares los que han solicitado del centro la colaboración del personal del Centro de Salud para acercar temas sanitarios de interés para la comunidad escolar que han sido preparados por miembros del equipo de mejora

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el primer trimestre del curso escolar 2018-2019 (último trimestre de 2018) se ha realizado una charla a petición de las familias sobre "Infestación por piojos"  
En lo que llevamos de segundo trimestre se ha realizado una charla sobre primeros auxilios a alumnos de educación infantil y otra sobre nociones básicas de reanimación cardiopulmonar

Puesto que la evaluación final del proyecto está pensada a final del curso escolar, la encuesta de satisfacción no ha sido todavía pasada

En 2018 no ha sido posible convocar el Consejo de Salud de Zona

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las características de la población escolar al tratarse de escuelas unitarias con niños y niñas de diversas edades y la dispersión en tres núcleos que aunque pertenecientes al mismo Centro Rural Agrupado, llevan una programación de clases en ocasiones no coincidente dificulta realizar actividades específicas por grupos de edades y coordinarse con horarios escolares y del centro de salud .  
No obstante continuaremos con el proyecto hasta final de curso con la idea de darle continuidad en los sucesivos cursos y que "Baxar t'a escuela" sea una constante en nuestra zona de salud.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1069 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1069

Título  
"BAXANDO T'A ESCUELA"

Autores:  
DE LOPE ROMEO MARIA, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, PALAZON FRANCO MARTA, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, RIVERA GUIRAL ESTEFANIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Prevención en poblacion sana  
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

### 1. TÍTULO

#### BAXANDO T'A ESCUELA

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Siguiendo la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, promovida recientemente por el departamento de Sanidad, el Equipo de Atención Primaria de Broto quiere iniciar un proyecto dirigido a los niños y niñas en edad escolar (infantil y primaria) de nuestra zona de Salud.

En nuestra zona de Salud la escolarización en esas edades se realiza en el Centro Rural Agrupado "Alto Ara", al que pertenecen 4 centros escolares, en Broto, Torla, Fiscal y Boltaña, este último fuera de nuestra zona de salud. En el curso 2016/2017 se escolarizaron 176 alumnos (42 en Broto, 31 en Fiscal, 18 en Torla y 84 en Boltaña)\*. El CRA "Alto Ara" pertenece a la Red Aragonesa de escuelas promotoras de la salud (RAEPS) y por ello entendemos que, a nuestro juicio, la colaboración con el CRA resulta ideal para nuestro primer acercamiento a la Atención Comunitaria.

Nuestra intención es acercar a las aulas mediante charlas y actividades orientadas según grupos de edades, una serie de temas que el Equipo de Atención Primaria propondrá inicialmente sobre estilos de vida saludable, alimentación, higiene y lavado de manos, higiene bucodental, primeros auxilios, nociones de RCP, prevención de consumo de tabaco y alcohol... etc, y que serán los propios profesores del CRA y las AMYPAS quienes decidirán qué temas les parecen más pertinentes de los propuestos o si prefieren que se hable de otro tema, y así hacerles partícipes en el desarrollo del proyecto.

\*Fuente: [opendata.aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos](http://opendata.aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos)

##### RESULTADOS ESPERADOS

El primer y más importante objetivo de este proyecto es acercar el Centro de Salud a la comunidad.

De manera más específica se espera que los niños y niñas hasta 12 años de nuestra zona de salud tomen conciencia de la importancia de llevar un estilo de vida saludable y aumenten sus conocimientos en los temas tratados.

Como objetivo secundario, aprovechando la difusión del proyecto y las relaciones con las AMYPAS, trataremos de reactivar el Consejo de Salud de Zona, que no se reúne desde hace más de tres años .

##### MÉTODO

Tras elaborar una lista de posibles temas a tratar, se contactará con la dirección del CRA "Alto Ara" y las AMYPAS para que elijan al menos tres temas que consideren de interés para sus alumnos/hijos.

El responsable de cada tema elaborará y diseñará una charla o planteará una actividad para llevar a cabo en función de la edad de los niños y niñas destinatarios. Así mismo diseñará un pequeño test de evaluación para los niños mayores de 6 años.

Se planificará una charla trimestral en cada una de las escuelas de nuestra zona (Fiscal, Broto y Torla). Al final de cada charla se pasará un test de evaluación a los mayores de 6 años .

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesores del CRA y los padres después de la última charla del curso.

##### INDICADORES

Nº de Charlas/actividades realizadas. Se espera realizar al menos 3 en cada centro de nuestra zona durante el año académico. Fuente: Registro propio

Adquisición de conocimientos en los niños tras asistir a las charlas/actividades. Se espera que la media aritmética de los resultados en los tests de evaluación sea superior al 60% de la máxima nota posible.

Índice de satisfacción: Se espera que el resultado de las encuestas de satisfacción sea superior al 80%

Reunión del Consejo de Salud de Zona: Se espera que se realice hasta Junio de 2019 al menos una reunión.

##### DURACIÓN

Junio 2018: Elaboración de listado de posibles temas a tratar en las escuelas.

Junio 2018: Reparto de temas a preparar entre los componentes del equipo.

Junio 2018-Abril 2019: Preparación de exposiciones, charlas, material y/o actividades, cuestionarios de evaluación de cada tema y encuesta de satisfacción.

Septiembre 2018: Propuesta de temas a tratar a los profesores del CRA y las AMYPAS

Septiembre 2018: Elaboración de calendario definitivo de sesiones en las escuelas

Septiembre 2018 - Junio 2019: Realización de al menos una charla trimestral en cada uno de los centros de nuestra zona

Junio 2019: Evaluación y, según resultados, dar continuidad al proyecto en los siguientes cursos académicos



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069**

**1. TÍTULO**

**BAXANDO T'A ESCUELA**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

### 1. TÍTULO

#### BAXANDO T'A ESCUELA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DE LOPE ROMEO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BROTO  
· Localidad ..... BROTO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO  
PALAZON FRANCO MARTA  
GUILLEN BELIO MARIA ELENA  
FERNANDEZ SERON ITZIAR  
LANAU LACORT ANA  
BURRIEL MESEGUER ANA LUISA  
PEREZ MARINAS RAQUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se han realizado tres reuniones del equipo de mejora para preparar las charlas que se iban a impartir.

Febrero de 2019: Charla en el colegio de Fiscal sobre primeros auxilios dirigida a niños de 3-7 años.

Marzo 2019: Charla en el Colegio de Broto sobre RCP básica dirigida a niños de 6 a 10 años

Diciembre 2019 : Charla en el Colegio de Broto sobre RCP básica dirigida a niños de 10 a 14 años

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según consta en los registros propios de nuestro centro de salud se han realizado un total de 3 charlas a lo largo del año 2019 que no llegan al estandar esperado de una charla por trimestre en cada colegio (Broto, Fiscal, Torla) A lo largo del año se desestimó realizar cuestionario de adquisición de conocimientos como se indicaba en el proyecto inicial ya que resultaba complejo dada la variabilidad de edades.

No se realizaron encuestas de satisfacción pero desde el equipo directivo del CRA Alto Ara han hecho llegar al centro la satisfacción del personal docente y de los alumnos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque inicialmente costó esfuerzo preparar las charlas adaptadas a los distintos grupos de edad y coordinarse con un centro escolar rural con alta tasa de rotación de profesionales de un curso académico a otro para concretar fechas, ahora es el propio colegio el que demanda estas charlas dirigidas además de a niños y niñas, a monitores de comedor y personal docente, teniendo ya fechas acordadas para realizar otras dos en el primer mes de 2020. Es por ello por lo que consideramos que, después del esfuerzo inicial, merece la pena continuar con este proyecto al menos un año más para que posteriormente el propio colegio vaya asumiendo un papel más activo en la organización de estas charlas contando con la colaboración del grupo de Atención Comunitaria del Centro de Salud de Broto

#### 7. OBSERVACIONES.

Durante 2019 se han producido varios cambios en el equipo inicial de mejora debido al traslado o jubilación de algunos profesionales. El equipo definitivo de mejora es el que consta en esta memoria

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1069 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1069

Título  
"BAXANDO T'A ESCUELA"

Autores:  
DE LOPE ROMEO MARIA, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO, PALAZON FRANCO MARTA, NAVARRO CABAÑAS GUIOMAR, RIVERA GUIRAL ESTEFANIA, BELLES LLERDA RAQUEL, TORRERO BESCOS YOLANDA, GUILLEN BELIO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Prevención en población sana  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

### 1. TÍTULO

#### BAXANDO T'A ESCUELA

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Siguiendo la Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón, promovida recientemente por el departamento de Sanidad, el Equipo de Atención Primaria de Broto quiere iniciar un proyecto dirigido a los niños y niñas en edad escolar (infantil y primaria) de nuestra zona de Salud.

En nuestra zona de Salud la escolarización en esas edades se realiza en el Centro Rural Agrupado "Alto Ara", al que pertenecen 4 centros escolares, en Broto, Torla, Fiscal y Boltaña, este último fuera de nuestra zona de salud. En el curso 2016/2017 se escolarizaron 176 alumnos (42 en Broto, 31 en Fiscal, 18 en Torla y 84 en Boltaña)\*. El CRA "Alto Ara" pertenece a la Red Aragonesa de escuelas promotoras de la salud (RAEPS) y por ello entendemos que, a nuestro juicio, la colaboración con el CRA resulta ideal para nuestro primer acercamiento a la Atención Comunitaria.

Nuestra intención es acercar a las aulas mediante charlas y actividades orientadas según grupos de edades, una serie de temas que el Equipo de Atención Primaria propondrá inicialmente sobre estilos de vida saludable, alimentación, higiene y lavado de manos, higiene bucodental, primeros auxilios, nociones de RCP, prevención de consumo de tabaco y alcohol... etc, y que serán los propios profesores del CRA y las AMYPAS quienes decidirán qué temas les parecen más pertinentes de los propuestos o si prefieren que se hable de otro tema, y así hacerles partícipes en el desarrollo del proyecto.

\*Fuente: [opendata/aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos](http://opendata/aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos)

##### RESULTADOS ESPERADOS

El primer y más importante objetivo de este proyecto es acercar el Centro de Salud a la comunidad.

De manera más específica se espera que los niños y niñas hasta 12 años de nuestra zona de salud tomen conciencia de la importancia de llevar un estilo de vida saludable y aumenten sus conocimientos en los temas tratados.

Como objetivo secundario, aprovechando la difusión del proyecto y las relaciones con las AMYPAS, trataremos de reactivar el Consejo de Salud de Zona, que no se reúne desde hace más de tres años .

##### MÉTODO

Tras elaborar una lista de posibles temas a tratar, se contactará con la dirección del CRA "Alto Ara" y las AMYPAS para que elijan al menos tres temas que consideren de interés para sus alumnos/hijos.

El responsable de cada tema elaborará y diseñará una charla o planteará una actividad para llevar a cabo en función de la edad de los niños y niñas destinatarios. Así mismo diseñará un pequeño test de evaluación para los niños mayores de 6 años.

Se planificará una charla trimestral en cada una de las escuelas de nuestra zona (Fiscal, Broto y Torla). Al final de cada charla se pasará un test de evaluación a los mayores de 6 años .

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los profesores del CRA y los padres después de la última charla del curso.

##### INDICADORES

Nº de Charlas/actividades realizadas. Se espera realizar al menos 3 en cada centro de nuestra zona durante el año académico. Fuente: Registro propio

Adquisición de conocimientos en los niños tras asistir a las charlas/actividades. Se espera que la media aritmética de los resultados en los tests de evaluación sea superior al 60% de la máxima nota posible.

Índice de satisfacción: Se espera que el resultado de las encuestas de satisfacción sea superior al 80%

Reunión del Consejo de Salud de Zona: Se espera que se realice hasta Junio de 2019 al menos una reunión.

##### DURACIÓN

Junio 2018: Elaboración de listado de posibles temas a tratar en las escuelas.

Junio 2018: Reparto de temas a preparar entre los componentes del equipo.

Junio 2018-Abril 2019: Preparación de exposiciones, charlas, material y/o actividades, cuestionarios de evaluación de cada tema y encuesta de satisfacción.

Septiembre 2018: Propuesta de temas a tratar a los profesores del CRA y las AMYPAS

Septiembre 2018: Elaboración de calendario definitivo de sesiones en las escuelas

Septiembre 2018 - Junio 2019: Realización de al menos una charla trimestral en cada uno de los centros de nuestra zona

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1069

### 1. TÍTULO

#### BAXANDO T'A ESCUELA

Junio 2019: Evaluación y, según resultados, dar continuidad al proyecto en los siguientes cursos académicos

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DOMINGO ARA LAUNA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS GRAÑEN  
· Localidad ..... GRAÑEN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

JORDAN LANASPA GISELA  
ANDREU RUFAT MARIA JOSE  
SOLANES OLIVAN MARIA PILAR  
CABAÑUZ LATORRE MERCEDES  
QUINTANA VELASCO CARMEN  
CABAÑUZ BENEDICTO MARIA CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se solicitó a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los pacientes con la triple terapia a través de una búsqueda en el sistema informático OMI. En la última revisión del cuadro de mando en el EAP de Grañén, al inicio del proyecto, se identificaron 34 pacientes con la triple terapia. Se analizó la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que en cada uno de los mismos existían, y se empezó por la retirada de AINEs en el plazo más breve cuando esto era posible. Se siguió realizando una revisión del cuadro de mandos por si aparecían nuevos casos, tratando de igual manera que la triple terapia durase el menor tiempo posible. Se realizaron dos reuniones del equipo para debatir alternativas terapéuticas en los casos más complejos. Los pacientes con la triple terapia fueron monitorizados en su función renal. Se controló la función renal si no se disponía de valores de creatinina sérica, filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviesen en tratamiento con la triple combinación en ese momento o cuando sin llevar ese tiempo fuesen a continuar con la misma por no existir una alternativa terapéutica adecuada. Al final del proyecto, febrero de 2019, en la revisión del cuadro de mandos se identificaron 17 pacientes con la triple terapia. Se ha comunicado a todos los participantes del proyecto los resultados obtenidos y todos ellos han dado el visto bueno a esta memoria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY REVISADA LA IDONEIDAD DE LA MISMA/N° TOTAL DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY.  
Estándar: 100%  
Resultado: 100%

- N° DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY Y AL MENOS UNA DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL SEMESTRAL/N° TOTAL DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERÁPIA TRIPLE WHAMMY.  
Estándar: 80%  
Resultado: 78,57%

- N° DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY DESPUES DE LA INTERVENCIÓN (al final del proyecto)/ N° DE PACIENTES TRIPLE TERÁPIA WHAMMY ANTES DE LA INTERVENCIÓN (al inicio del proyecto).  
Estándar: Se fijó únicamente en "reducción".  
Resultado: Reducción del 50%

\* La fuente de datos es OMI y la HCE.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El análisis y procesado de los datos a través de los actuales sistemas de información proporciona una fuente de revelación de gran importancia para su uso clínico. El conocimiento de "situaciones de riesgo" para la seguridad de las personas en el uso de medicamentos como en este caso el denominado "triple Whammy" ha permitido una actuación decidida de los profesionales que ha conseguido la reducción a la mitad los usuarios con la triple terapia. Acotar poblaciones de riesgo y diseñar proyectos de intervención para mejorar la seguridad de la prescripción medicamentosa en las mismas mejoran los resultados obtenidos en la consulta.

- Observaciones: Han existido problemas en el acceso al cuadro de mandos por parte de los profesionales médicos durante las últimas semanas y por ello no se ha podido revisar las fechas de las analíticas con sus correspondientes valores de función renal en 3 de ellos, excluyéndose estos casos, por tanto, del indicador correspondiente.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1006 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Nº de registro: 1006

Título  
SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

Autores:  
ARA LAUNA DOMINGO, JORDAN LANASPA GISELA, ANDREU RUFAT MARIA JOSE, SOLANES OLIVAN MARIA PILAR, CABAÑUZ LATORRE MARIA MERCEDES, CABAÑUZ BENEDICTO MARIA CRISTINA, QUINTANA VELASCO CARMEN L

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El término triple whammy (TW) fue utilizado por primera vez en el año 2000 por Thomas para definir el fallo renal agudo (FRA) asociado al tratamiento concomitante con inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (iECA), diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Este término, que se podría traducir como «triple golpe», representa la acción combinada de estos 3 grupos de fármacos a nivel renal.  
Thomas describió 2 casos clínicos y realizó una revisión de la literatura publicada, encontrando que el uso combinado de AINE y diuréticos duplicaba el riesgo de hospitalización comparado con diuréticos solos, y que la combinación iECA, AINE y diuréticos estaba implicada en un 50% de casos de FRA iatrogénico.  
Desde entonces, se han publicado diferentes estudios observacionales que refuerzan esta relación.  
En 2014, Fournier et al. analizaron una base de datos de farmacovigilancia francesa y encontraron que el FRA causado por la interacción entre AINE e iECA/ARA-II o diuréticos fue el efecto adverso notificado con mayor frecuencia.  
En nuestro país se ha publicado recientemente un estudio observacional en el que se detectaron 85 ingresos por FRA asociado a fármacos de la combinación TW.  
En la última revisión del cuadro de mando en el EAP de Grañen se identificaron 34 pacientes con la triple terapia.

RESULTADOS ESPERADOS  
OBJETIVO GENERAL:  
Reducir el riesgo de iatrogenia, casos de FRA, en pacientes en tratamiento con la triple terapia Whammy.  
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.  
Reducir el número de pacientes con la triple terapia, si esta no está absolutamente justificada.  
Mejorar la monitorización de la función renal.

MÉTODO  
Identificar los pacientes con la triple terapia.  
Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los mismos a través de una búsqueda en el sistema informático OMI. Fuente de datos: Cuadro de mando.  
Analizar la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que en cada uno de los mismos existen, empezando por la retirada de AINEs.  
Se llevará a cabo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con la triple terapia. En una primera fase cada médico realizará una revisión de toda la medicación de los pacientes Whammy asignados en su cupo, suspendiendo los fármacos no indicados. Posteriormente, y en una segunda fase, los casos que continúen con la triple terapia serán analizados en un pleno monográfico por el grupo del proyecto junto con los médicos responsables para ver si existe una alternativa terapéutica para cada uno de los casos, y de encontrarla se llevará a cabo.  
Los pacientes que sigan con la triple terapia serán monitorizados de la función renal.  
Se monitorizará la función renal si no se dispone de valores de creatinina sérica, Filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviese en tratamiento con la triple combinación en ese momento. Si el paciente hace menos de 6 meses que lleva la triple combinación y no se dispone de los valores de función renal mencionados, también se monitorizará.

INDICADORES  
Nº DE PACIENTES TRIPLE TERAPIA WHAMMY REVISADA LA IDONEIDAD DE LA MISMA/Nº TOTAL DE PACIENTES TRIPLE TERAPIA WHAMMY. Estándar 100%  
Nº DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERAPIA TRIPLE WHAMMY Y AL MENOS UNA DETERMINACIÓN DE FUNCIÓN RENAL SEMESTRAL/Nº TOTAL DE PACIENTES CON LA TRIPLE TERAPIA TRIPLE WHAMMY. Estándar > 80%

DURACIÓN  
Comunicación por escrito del proyecto a todos las médicas y enfermeras del centro de Salud, incluyendo a las

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1006

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO TRIPLE WHAMMY

profesionales de Atención Continuada y personal de sustituciones de verano o bajas. Junio 2018 hasta el final del proyecto.  
Identificar los pacientes Whammy. Junio 2018  
Reunión del grupo de mejora y las médicas titulares para asignar los pacientes encontrados y debatir las alternativas terapéuticas. Junio 2018  
Analizar la indicación de la prescripción (1ª fase). Julio-Agosto-Septiembre 2018. Cada médica la realizará de los pacientes de su cupo. (incluye la citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).  
Identificar los pacientes Whammy. Octubre 2018  
Analizar la indicación de la prescripción (2ª fase). Octubre-Noviembre 2018. Análisis grupal de los casos (incluye la posterior citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta en el caso de que esto sea posible).  
Identificar los pacientes Whammy. Diciembre 2018  
Monitorización de la función renal. Diciembre 2018 -Enero 2019 (incluye la creación de un aviso-flash en OMI de "paciente Whammy" con la fecha para la realización de la próxima analítica adecuada a los tiempos establecidos y la ejecución de la susodicha solicitud).  
Identificar los pacientes Whammy. Revisar la existencia del aviso completo en OMI en todos ellos y que figura la petición de la analítica como efectuada. Febrero 2018. Cada médica los pacientes pertenecientes a su cupo.  
Medición de los indicadores. Abril 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

### 1. TÍTULO

#### CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL PEREZ DEL CASTILLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HECHO  
· Localidad ..... HECHO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA  
CASADO ORTIZ ROSARIO  
ZUBIAURRE BASAS PILAR  
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se realizaron 2 cursos, en las localidades de Hecho y Anso, de 8 horas lectivas, cada uno en dos días de 4 horas. Dichos cursos fueron acreditados por el I. Colegio de Médicos de Huesca.  
Se impartieron en la sala multiusos de Anso y en la residencia L, Ausin de Hecho.  
Con muñecos y simuladores DESA del Colegio de Médicos de Huesca

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Nº de participantes que tenían previo un curso de DESA y SVB/ nº participantes= 6/20  
Puntuación Media previa al test= 13/20  
Puntuación Media posterior al test= 17,85 /20  
Encuesta de satisfacción; 4,9 sobre 5  
Se acreditaron con el certificado correspondiente del I.C.M. de Huesca a los 20 alumnos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Estos cursos están avalados por su eficacia para salvar vidas, la dificultad estriba en que poblaciones alejadas de núcleos urbanos tienen muy difícil acceder a estas formaciones, además de la lejanía de recursos de UMES y UVIs móviles. El hacer accesibles estos cursos en el mundo rural, sacándolos de las ciudades es fundamental. Si que el mayor problema es la logística y gestión de material y simuladores del curso

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/583 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0583

Título  
CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

Autores:  
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO ISABEL, CASADO ORTIZ ROSARIO, VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA, ZUBIAURRE BASSAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología .....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: personas mayores de 18 años sanos  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Necesidad sentida en nuestra población, y recogida en su desarrollo en el Consejo de Salud de Diciembre 2017, de educación sanitaria en el campo de la actuación ante la emergencia vital, que se incrementa al trabajar en una zona geográfica distante de los recursos sanitarios especializados o del hospital.

Consideramos muy pertinente la educación sanitaria en este campo, e incluimos el manejo del DESA, ya que desde los distintos consistorios están considerando la posibilidad de conseguir o comprar estos aparatos.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0583

### 1. TÍTULO

#### CURSO FORMATIVO EN SOPORTE VITAL BASICO Y USO DEL DESA

##### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana : toda persona mayor de edad que viva en los municipios pertenecientes al centro de Salud de Hecho. Se crearán grupos de 8-10 personas máximo en cada localidad.

Objetivos generales: Difundir normas básicas para la prevención de la enfermedad coronaria y de la muerte súbita cardíaca. Formación de los posibles "primeros intervinientes" en la cadena de supervivencia, para disminuir la mortalidad y secuelas que ocasionan las paradas cardíacas, impulsando estrategias dirigidas a la desfibrilación temprana.

Objetivos específicos: El curso tiene el objetivo de aportar los conocimientos y destrezas necesarios para poder realizar una primera atención de la parada cardiorrespiratoria, hasta el momento de la llegada de los equipos especializados.

##### MÉTODO

El curso se compone de una parte no presencial, en la que se dotará al alumno al menos con 15 días de antelación de material escrito referentes al SBV y a la Desfibrilación semiautomática.. Se complementa con una segunda parte presencial, con metodología ampliamente probada por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). La duración de la parte presencial será de 8 horas.

##### INDICADORES

Indicadores:

- 1) Número de participantes en el curso que tenían ya un curso oficial de SVB o DESA previos./ Número de participantes en el curso
- 2) Puntuación obtenida en el test previo al curso/ Puntuación obtenida en el test posterior al curso, que nos servirá como cuantificación del objetivo docente alcanzado.
- 3) Realización de una encuesta de satisfacción, donde podremos igualmente cuantificar la mejora subjetiva detectada por los participantes en el curso.

##### DURACIÓN

Hemos elaborado un cronograma con el reparto de los tiempos asignados a la formación teórica (160 minutos) y a la formación práctica (300 minutos). Al terminar se realizará una evaluación final de los conocimientos adquiridos mediante un examen multitest de 20 ítems, cada uno de ellos con 5 respuestas posibles, siendo solo una válida. Como instrumento de medida de los conocimientos adquiridos contemplamos la realización de un test previo al curso. Se realizarán en las localidades de Hecho y Ansó, con fechas previstas para los días 21 y 22 de Mayo en el primer grupo en la localidad de Hecho y 24 y 25 de Mayo en Anso. En estos municipios se canaliza a través de los ayuntamientos y responsables sociales la difusión del curso y de las fechas de realización del mismo.

##### OBSERVACIONES

A las personas seleccionadas, que, cumpliendo los requisitos, asistan al curso se les extenderá el correspondiente Diploma certificado por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Huesca.

##### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0584

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADELA VAZQUEZ ECHEVERRIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HECHO  
· Localidad ..... HECHO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ZUBIAURRE BASAS PILAR  
CASADO ORTIZ ROSARIO  
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL  
GAVIN BLASCO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
NUESTRA ACTUACION PASA POR LA COMUNICACION CON EL PACIENTE PARA ARGUMENTAR CONCRETAMENTE LA NECESIDAD O NO DE UN TRATAMIENTO ANALGESICO-AINE DE FORMA CRONICA, O INTENTAR EL CONTROL DE SU SINTOMATOLOGIA CON OTROS FARMACOS MAS ADECUADOS.  
IGUALMENTE VALORACION DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO MAS ADECUADO EN CADA PACIENTE.  
POBLACION DIANA 18 PERSONAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
NUESTRO OBJETIVO ERA LA DISMINUCION EN UN 50% DEL NUMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO, Y HEMOS CONSEGUIDO UNA DISMINUCION DEL 56%.  
Y LA PRESERVACION O MEJORA DE LA FUNCION RENAL EN AQUELLOS PACIENTES HIPERTENSOS, QUE POR SUS ALGIAS CRONICAS, PRECISAN TRATAMIENTO ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO. CON EL CONTROL FARMACOLOGICO UN 39% DE LOS PACIENTES HAN MEJORADO SU FGR EN MAS DE UN 10%.  
EL NUMERO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL SE MANTIENE ESTABLE, SIN CAMBIOS, AL PRINCIPIO Y FINAL DEL ESTUDIO.  
EN 3 PACIENTES HEMOS CONSTATADO UNA DISMINUCION DEL FGR ALREDEDOR DEL 10%, PERO SIN PRESENTAR DE MOMENTO, INSUFICIENCIA RENAL.  
EN EL 45% RESTANTE LOS VALORES DE FGR SE HAN MANTENIDO EN VALORES NORMALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
VEMOS QUE EL CONTROL ADECUADO DE LOS FARMACOS MEJORA SENSIBLEMENTE LA FUNCION RENAL DE NUESTROS PACIENTES.  
PROPOSITO: MEJORAR LA EDUCACION SANITARIA DE NUESTRA POBLACION, CON INFORMACION AMPLIA Y PRECISA DE LOS FARMACOS QUE UTILIZAMOS EN SUS TRATAMIENTOS.

7. OBSERVACIONES.  
LOS DOS PACIENTES CON I.R.C. AL COMIENZO Y FIN DEL ESTUDIO: EN EL PRIMER CASO PACIENTE DE 91 AÑOS, A LA QUE AUN RETIRANDO EL AINE NO HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR SU I.R.C., SIENDO MODERADA. EN EL SEGUNDO CASO SE TRATA DE UNA MUJER DE 75 AÑOS, CON PLURIPATOLOGIA Y ELEVADO RCV. PRESENTA UNA IRC LEVE, NO HEMOS PODIDO MODIFICAR SUS TRATAMIENTOS, PERO EN CAMBIO HEMOS OBJETIVADO UNA MEJORIA DEL 10% EN SU FGR.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/584 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0584

Título  
ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Autores:  
VAZQUEZ ECHEVERRIA ADELA, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, CASADO ORTIZ ROSARIO, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, GAVIN BLASCO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: HIPERTENSION/ DOLOR CRONICO  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0584

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

##### PROBLEMA

Necesidad detectada a través de los indicadores del cuadro de mandos de Farmacia, de una actuación en el denominado "triple whammy" como instrumento de mejora de calidad asistencial en nuestra población.

Hablado con la DAP estimamos oportuno el esfuerzo en la disminución en un 50% de los pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo con IECAs o ARA II, asociados a un AINE, de forma crónica, con el objeto de mejorar su función renal, en los casos de insuficiencia renal ya detectada, o en la preservación de la misma, en los pacientes que no presentan en la actualidad deterioro de la función renal.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana : listado de pacientes detectados en el triple whammy: numero 18.

Objetivo general: Preservación o mejora de la función renal de los pacientes hipertensos que precisan tratamiento analgésico/antiinflamatorio por algias crónicas.

##### MÉTODO

Nuestra actuación pasa por la comunicación con el paciente para argumentar concretamente la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antiinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos mas adecuados.

Igualmente valoración del tratamiento antihipertensivo mas idóneo para cada paciente.

##### INDICADORES

Indicadores:

- 1) N° de pacientes en listado triple whammy en el momento del inicio del proyecto de mejora/ N° de pacientes en listado triple whammy al finalizar el año 2018, intentando conseguir una disminución alrededor del 50%.
- 2) N° de pacientes con Insuf. Renal al principio del estudio/N° de pacs. Con insuf. Renal al final del estudio.
- 3) N° de pacs. Con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio

##### DURACIÓN

Desde el momento en que fuera admitido nuestro proyecto, éste se desarrollaría a lo largo del año 2018.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIA MERIZ RUBIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HUESCA RURAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ADIEGO USED MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reunión de equipo, en Junio 2018, donde se actualizan los criterios de indicación y valoración del MAPA, así como el nº de pacientes que aportará cada profesional.  
2.- se han realizado un total de 20 registros.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizan un total de 20 MAPAS, de los cuales, 7 son DIPPER, 2 HTA de bata blanca, 7 no DIPPER, 4 DIPPER extremos.

Se demuestra mediante nuestro estudio que existen pocos casos de HTA de bata blanca, y que hay bastantes casos de HTA desconocida, o no confirmada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto pacientes como equipo han participado y colaborado de forma satisfactoria, conclusiones sacadas: Se verifica mediante este proyecto, que en un porcentaje alto, existe una HTA de fondo. En 4 pacientes se diagnostica DIPPER extremo.

dados los resultados obtenidos, creemos conveniente continuar realizando este tipo de seguimiento, pero enfocando el estudio a pacientes con sospecha de HTA.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/774 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0774

Título  
REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA ( 140/90MMHG ) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Autores:  
MERIZ RUBIO JULIA, ADIEGO USED MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.( hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :

- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin tratamiento farmacológico.  
- deberán haber estado 3 meses con medidas higienico-dietéticas antes de ser incluidos en el proyecto

RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos comprobar si existe inindicación para iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de bata blanca.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774**

**1. TÍTULO**

**REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TA ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES**

MÉTODO

Hacer el MAPA a pacientes diana ( que cumplan criterios de inclusión)

INDICADORES

- Número de MAPAS realizados
- número de pacientes positivos captados que han precisado tratamiento farmacológico.

DURACIÓN

- Selección de pacientes que cumplan criterios de inclusión.Se llevará a cabo una reunión de equipo para la planificación (número de pacientes que aporta cada cupo).
- Aviso personalizado a cada paciente

Inicio día 4-6-2018 finalización diciembre 2018 si bien según resultados alcanzados se podría considerar como proyecto de continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JULIA MERIZ RUBIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HUESCA RURAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ADIEGO USED MARIA DE LA O

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó reunión de equipo la ultima semana de mayo 2019, en la que se ratifican criterios de inclusión y recuerdo a los profesionales de su colaboración en el proyecto, aportando nuevos pacientes que cumplan criterios de inclusión en el proyecto

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado este año un total de 28 registros, con el siguiente resultado:

13 DIPPER

4 BATA BLANCA

7 NO DIPPER

4 DIPPER EXTREMOS

Durante el año 2019 hemos realizado un 14% más de registros que el año anterior, y se sigue demostrando que existen pocos casos de hipertensión de BATA BLANCA, que se equiparan numéricamente con los casos detectados como DIPPER EXTREMO.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto pacientes como el equipo han participado y colaborado de forma satisfactoria.

Como conclusión podemos decir que se verifica con este proyecto un alto porcentaje de hipertensión no diagnosticada previamente.

Cabe destacar que se han detectado un 21% de casos DIPPER y un 19% NO DIPPER por lo que creemos se debe seguir manteniendo el seguimiento haciendo hincapié en pacientes con sospecha de HTA.

#### 7. OBSERVACIONES.

Queremos dejar constancia que hemos tenido estropeado el aparato de medición durante casi tres meses, y aunque hemos aumentado el número de registros, nos hubiera gustado haberlo aumentado más.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/774 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0774

#### Título

REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA ( 140/90MMHG ) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

#### Autores:

MERIZ RUBIO JULIA, ADIEGO USED MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Adultos

Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.( hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :

- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0774

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES

tratamiento farmacológico.

- deberán haber estado 3 meses con medidas higienico-dietéticas antes de ser incluidos en el proyecto

#### RESULTADOS ESPERADOS

Esperamos comprobar si existe inindicación para iniciar tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión de bata blanca.

#### MÉTODO

Hacer el MAPA a pacientes diana ( que cumplan criterios de inclusión)

#### INDICADORES

- Número de MAPAS realizados

- número de pacientes positivos captados que han precisado tratamiento farmacológico.

#### DURACIÓN

-Selección de pacientes que cumplan criterios de inclusión.Se llevará a cabo una reunión de equipo para la planificación (número de pacientes que aporta cada cupo).

-Aviso personalizado a cada paciente

Inicio día 4-6-2018 finalización diciembre 2018 si bien según resultados alcanzados se podría considerar como proyecto de continuidad.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIANO LABARTA PASCUAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HUESCA RURAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GARCIA BALLARIN ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
sesion clinica con tema de EPOC el 12-3-2018, que incluia  
-nuevo espirometro, manejo  
-volcado datos a H<sup>a</sup>clinica de OMI  
-revisiones clinicas GESEPOC y Golg 2017  
-taller de espirometria  
Mayo 2018 se acuerda proyecto de mejora cel CS deteccion precoz de EPOC  
-partiendo de prevlencia de OPEC en OMI 1,1%  
-partiendo de fumadores de 40 a 80 años con espirometria hecha :9,8%  
Incidencia :cambio de ordenadores en consultas en agosto 2018. No compatible con espirometro nuevo. comunicada  
incidencia, no resuelta octubre 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Revision octubre 2018 objetivos alcanzados  
-Prevalencia de EPOC 1,18%(objetivo anual era 2%)  
-Fumadores de 40 a 80 años conespirometria hecha es 11% (objetivo anual era 13 %)  
Comunicado en sesion clinica acada miembro del equipo, con gran disparidad entre cupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
promover la aplicacion uniforme en todos los cupos el programa de EPOC

7. OBSERVACIONES.  
Incidencia si resolver, no posible volcado de datos del espirometro al fichero de calidad, desde implantacion de ordenadores nuevos,par control en cada consulta. comunicados a informaticos CAU y proveedor del espirometro, refieren incompatibilidad programas informaticos entre ambos...  
- previsto nuevo taller de espirometria y revision de programa de EPOC y proyecto de mejroa de forma anual.  
Mariano Labarta- Isabel Garcia  
7-2-2019

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1001 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1001

Título  
DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Autores:  
LABARTA PASCUAL MARIANO, GARCIA BALLARIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Desde hace 5 años, se hace una revisión anual del programa de EPOC, a fecha de Mayo 2018 tenemos incluidos 60 pacientes, lo que supone una prevalencia del 1,1 %. ( prevalencia teórica 9% ).  
teniendo incluidos emn el programa del tabaco a 536 pacs. lo que supone un 9,8%.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

la detección precoz se realizará a la población que comprenda el ratio de edad entre 40-80 años. Partiendo en la actualidad con 406 de los 3.499 usuarios de este rango de edad.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnostico precoz de EPOC, y de este modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa a los fumadores en ese rango de edad.  
de manera secundaria se espera aumentar la tasa de detención del tabaquismo en nuestra población.

#### MÉTODO

- sesión formativa anual sobre el Programa de atención al EPOC, que incluye actualización de guías .
- taller de espirometría ( agendas, material horarios..)
- realización de espirometrias por ENF
- Búsqueda activa de tabaquismo en toda consulta a demanda por parte de medicina y enfermería.

#### INDICADORES

Semestralmente se calculará la prevalencia de pacientes incluidos en el programa de EPÔC y tabaquismo. Partiendo del 1,1%, esperamos aumentar por lo menos a un 2 % en EPOC.  
Partiendo de 9,8 %, esperamos aumentar al menos a 13%, en tabaquismo

#### DURACIÓN

Primero, se realizará en el plazo de un mes el cálculo de fumadores entre 40 y 80 años con espirometría incluida en OMI.

Segundo, semestralmente se calculará las prevalencias de EPOC y Tabaquismo alcanzadas.

Tercero, revisión global anual del programa de EPOC.( Mayo 2019), en la que se realizará una sesión en el centro por parte del coordinador del proyecto, para exponer los resultados y proponer medidas oportunas para alcanzar los objetivos.

#### OBSERVACIONES

Dada la dificultad de accesibilidad y dispersión de la población, sería conveniente disponer un vitalograph ( detección FEV1 / FEV6 ) por parte del personal de enfermería y medicina.

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIANO LABARTA PASCUAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HUESCA RURAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CALVO GASCON ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas

-4 sesiones en este años en julio 2019 y 18 25 y 26 febrero 2020

-Listado pacientes incluidos en programas de OMI EPOC y TABACO

-Revision en fumadores de 40 a 80 años si tenian espirometia registrada.

-Sesion clinica repaso proyecto de mejora

-Análisis de datos de cobertura alcanzada en poblacion total y en poblacion de 40 a 80 años en programas de EPOC y TABACO.

-Cobertura alcanzada en espiroemtrias en fumadores de 40 a 80 años.

-Sesion practica de manejo de OMI inclusion y seguimiento den dichos programas.

-Estrategia de prescripcion medicacion financiada valeniclina y bupropion desde enero 2020.

-Taller de espirometria practica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Objetivos propuestos para 2020 EPOC de 40 a 80 años de 2 % y TABACO 13 %.

-Objetivos alcanzados febrero 2020

-TABACO DE 40 A 80 AÑOS . Incluidos 476 pacientes es decir 14 % ALCANZADO

-EPOC DE 40 A 80 AÑOS. Incluidos 63 pacietnes es decir 1,8%NO ALCANZADO

-Se han registrado 167 espirometrias en pacientes fumadores de 40 a 80 años, lo que supone el 27 % .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Objetivos para año 2021.

-Aumentar cobertura en TABACO en poblacion de 40 a 80 años al 16%

-Alcanzar cobertura en EPOC en poblacion de 40 a 80 años de 2 %

· actividades a realizar seguir con revision anual de l programa con mismas actividades

Estos son los objetivos planteados para el próximo año, dado que todavía hay margen de mejora.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1001 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1001

Título  
DIAGNOSTICO PRECOZ EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Autores:  
LABARTA PASCUAL MARIANO, GARCIA BALLARIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1001

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Desde hace 5 años, se hace una revisión anual del programa de EPOC, a fecha de Mayo 2018 tenemos incluidos 60 pacientes, lo que supone una prevalencia del 1,1 %. ( prevalencia teórica 9% ).  
teniendo incluidos emn el programa del tabaco a 536 pacs. lo que supone un 9,8%.  
la detección precoz se realizará a la población que comprenda el ratio de edad entre 40-80 años.Partiendo en la actualidad con 406 de los 3.499 usuarios de este rango de edad.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental de este proyecto es aumentar el diagnostico precoz de EPOC, y de este modo, obtener una tasa de prevalencia de EPOC en la población de 40 a 80 años más real mediante captación activa a los fumadores en ese rango de edad.  
de manera secundaria se espera aumentar la tasa de detención del tabaquismo en nuestra población.

#### MÉTODO

- sesión formativa anual sobre el Programa de atención al EPOC, que incluye actualización de guías .
- taller de espirometría ( agendas, material horarios..)
- realización de espirometrias por ENF
- Búsqueda activa de tabaquismo en toda consulta a demanda por parte de medicina y enfermería.

#### INDICADORES

Semestralmente se calculará la prevalencia de pacientes incluidos en el programa de EPÔC y tabaquismo.  
Partiendo del 1,1%, esperamos aumentar por lo menos a un 2 % en EPOC.  
Partiendo de 9,8 %, esperamos aumentar al menos a 13%, en tabaquismo

#### DURACIÓN

Primero,se realizará en el plazo de un mes el cálculo de fumadores entre 40 y 80 años con espirometría incluida en OMI.  
Segundo, semestralmente se calculará las prevalencias de EPOC y Tabaquismo alcanzadas.  
Tercero, revisión global anual del programa de EPOC.( Mayo 2019), en la que se realizará una sesión en el centro por parte del cordinador del proyecto, para exponer los resultados y proponer medidas oportunas para alcanzar los objetivos.

#### OBSERVACIONES

Dada la dificultad de accesibilidad y dispersión de la población, sería conveniente disponer un vitalograph ( detección FEV1 / FEV6 ) por parte del personal de enfermería y medicina.

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

### 1. TÍTULO

#### "MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA LOPEZ CORTES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS JACA  
· Localidad ..... JACA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron varias reuniones organizativas con los miembros del equipo, viendo dificultad en la participación por falta de tiempo e interés .

Al final, se ha decidido unirnos a otro activo de la comunidad, la asociación ASAPME en Jaca que ellos ya habian implantado con sus usuarios unos paseos saludables 1 vez a la semana para lo que realizamos unos carteles informativos y unas hojas de registro de participacion semanal que se inscriben en el servicio de admisión .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

los resultados son satisfactorios con los planteados inicialmente, al unirnos con otro activo de la comunidad según cosnta en las hojas de registro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realmente al unirnos a ASAPME creemos que realmente se hace medicina comunitaria en vez de crear un proyecto aislado desde el Centro de Salud se facilita la sostenibilidad y la posibilidad de que exista continuidad .

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/612 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0612

Título  
"MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

Autores:  
MORENO NARES PURIFICACION, LOPEZ CORTES VIRGINIA, LUZ MARTINEZ MARIA LUISA, MAÑE GODE MARTA, LALAGUNA PUERTOLAS MARIA, PALACIO BUEN PILAR, GUILLEN ANTON VICTORIA, JIMENEZ LORES ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL EJERCICIO FISICO ES UN HÁBITO DE VIDA SALUDABLE IMPRESCINDIBLE PARA LA PREVENCION DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, EL CUAL SE INCREMENTA DE FORMA EXPONENCIAL CUANDO ASOCIAMOS VARIOS FACTORES COMO PUEDE SER LA OBESIDAD .EN ESTOS PACIENTES QUE ADEMAS SUELEN ASOCIAR MULTIMORBILIDAD PUEDEN BENEFICIARSE DE ESTA HÁBITO YA QUE LA MAYORIA SUELEN SER SEDENTARIOS.

RESULTADOS ESPERADOS

FOMENTAR LA PRACTICA DE EJERCICIO FISICO EN PACEITNE OBESO SEDENTARIO. EL GRUPO ESTARA FORMADO POR PACIENTES CON CAPACIDAD FISICA QUE PERMITA CAMINAR AL MENOS 30 MINUTOS A RITMO LIGERO.

MÉTODO

SE OFERTARÁ ACTIVIDAD AL GRUPO 1 O 2 DIAS POR SEMANA, SEGÚN RECURSOS. LA CAPTACIÓN SE REALIZARÁ DESDE LAS CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0612

### 1. TÍTULO

#### "MENOS MINCHAR Y MAS MARCHAR". PASEOS SALUDABLES PARA OBESOS SEDENTARIOS

##### INDICADORES

INDICADOR N° 1-- N° DE PACIENTES QUE REALIZAN LA 1º MARCHA. VALOR MÍNIMO 4 VALOR MÁXIMO 10

INDICADOR N° 2 --MEDIDO AL AÑO DE INICIO DEL PROYECTO

N° DE PACIENTES QUE HAN REALIZADO MÁS DE 8 MARCHAS/ POR EL N° DE PACIENTES QUE HAN PARTICIPADO : VALOR MINIMO 40% DE LOS PACIENTES AL INICIO

##### DURACIÓN

INICIO EN OCTUBRE 2018

RESPONSABLES LOS INDICADOS PREVIAMENTE

SIN FECHA FIN PROGRAMA

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VIRGINIA LOPEZ CORTES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS JACA  
· Localidad ..... JACA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

realizamos varias reuniones de equipo médico para explicar a qué llamamos pacientes Triple Whammy, como utilizar la información del cuadro de mandos de farmacia, facilitar el listado de los pacientes ... a lo largo del año se han realizado recordatorios vía reuniones o a través del correo OMI .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

resultados más que satisfactorios muy por debajo de lo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha llamado la atención el desconocimiento existente y el poco uso que se hace del cuadro de mandos de farmacia .

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/620 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0620

Título  
TRIPLE WHAMMY: PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL

Autores:  
MINGUEZ SORIO PILAR, PALACIO BUEN PILAR, FANLO ABELLA SARA, JIMENEZ LORES ANTONIO, GUILLEN ANTON VICTORIA, CLAVERA TEJERO JOSE MARIA, ALDEA DORADO CARMEN, FANLO PEREZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: HTA  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
A TRAVÉS DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA, EN EL INSTRUMENTO TRIPLE WHAMMY SE OBSERVÓ LA ALTA PREVALENCIA DE PACIENTES CON RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL O YA ESTABLECIDA DE NUESTRO CENTRO DE SALUD. SE DECIDE DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES CON ESTE RIESGO POR LA TOMA DE IECAS, ARAII ASOCIADOS A AINES DE FORMA CRÓNICA .

RESULTADOS ESPERADOS  
DETECTADOS 139 PACIENTES TRIPLE WHAMMY POR EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA EN ABRIL 2018

OBJETIVOS  
1.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY AL 50% COMO MÍNIMO.  
2.DISMINUIR EL NÚMERO DE PACIENTES TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL 25% COMO MÍNIMO.

MÉTODO  
1. SESIÓN DE FORMACION PARA TODOS LOS COMPAÑEROS MÉDICOS SOBRE INSUFICIENCIA RENAL MÁS HTA Y AMPLIAR CONOCIMIENTOS DEL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA-- FACILITAR EL LISTADO DE LOS PACIENTES TRIPLE WHAMMY DE CADA CUPO PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO.  
2. VALORACIONES PERIÓDICAS DE LOS LISTADOS DE LOS CUPOS  
3. SESIÓN DE EVALUACIÓN FINAL

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0620

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION ANTE LOS PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

##### INDICADORES

1.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY AL FINALIZAR EL AÑO 2018

2.Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF. RENAL EN EL MOMENTO DEL PROYECTO DE MEJORA / Nº DE PACIENTES DE LISTADO DE TRIPLE WHAMMY CON INSUF RENAL AL FINALIZAR EL AÑO 2018

##### DURACIÓN

SE DESARROLLA A LO LARGO DEL 2018.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

### 1. TÍTULO

#### EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS MUR LALUEZA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAJARAVILLE ASO PILAR  
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS  
HERRANZ CORTES FRANCISCA  
BAYOD CALVO CONCEPCION  
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA  
GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA  
GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE REALIZARON SESIONES CLÍNICAS . POR LOS TRASLADOS HA HABIDO UN CAMBIO DE PROFESIONALES IMPORTANTE EN EL CENTRO POR LO QUE LA CONTINUIDAD DEL PROYECTO FUE IMPOSIBLE REALIZARLO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

VER APARTADO ANTERIOR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

PRESENTADO EL PROYECTO A LOS NUEVOS COMPAÑEROS SOLICITAMOS REINICIAR EL PROYECTO DE MEJORA en 2019

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/765 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0765

Título

EVITAR LA PRESCRIPCION INADECUADA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS

Autores:

MUR LALUEZA MARIA JESUS, CAJARAVILLE ASO PILAR, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, HERRANZ CORTES FRANCISCA, BAYOD CALVO CONCEPCION, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, GRACIA ARNILLAS ROSA MARIA, GARASA LOPEZ MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: Enfermedades del sistema renal  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

\* Revisión bibliográfica de los criterios stop, objeto del estudio.

\* Listado de pacientes con prescripción de fármacos, objeto de estudio en receta electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

1.-Disminuir la prescripción inadecuada  
2.-Mejorar la seguridad del paciente  
3.-Aumentar la eficiencia

MÉTODO

\* Sesión inicial formativa con presentación del proyecto al Equipo



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0765

### 1. TÍTULO

#### EVITAR LA PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN MAYORES DE 65 AÑOS

- \* Sesiones formativas conjuntas Medicina/ enfermería y farmacéutica del Sector ( 3 sesiones formativas)..
- \* Sesiones formativas con los especialistas ( Cardiólogos, Nefrólogos,.....) atendiendo a los criterios stop elegidos.

#### INDICADORES

\* Determinación analítica de potasio cada seis meses, en el 70 % de los pacientes objeto de estudio ( Pacientes en tratamiento con IECA/ARA II + DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO).

\*Revisión del 70% de los pacientes en tratamiento con AINE que presenten un filtrado glomerular < 50 mL/min

#### DURACIÓN

- \* Un año
- \* Segundo semestre 2018 y primer semestre 2019.
- \* Revisiones/Sesiones cada 3 meses.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

### 1. TÍTULO

#### ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CHARTE ALEGRE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CAÑARDO ALASTUEY CLARA  
BAYOD CALVO CONCEPCION  
ORDAS BITRIAN MERCEDES  
TORRES TRASOBARES MARIA LUISA  
ESPEJO LORENTE MONICA  
BESCOS GARCIA BLANCA  
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Veinticinco sujetos han participado en el proyecto, 16 en el grupo experimental (9 hombres y 7 mujeres) que realizaron un entrenamiento multicomponente durante 5 meses, 3 sesiones/semana y 60-75 minutos/sesión; y 9 en el grupo control (9 mujeres) que continuaron con el mismo estilo de vida. Todos los sujetos eran mayores de 65 años y sin importantes limitaciones funcionales. Se controlaron variables antropométricas, constantes vitales, marcadores bioquímicos, capacidad funcional, tratamiento farmacológico y parámetros nutricionales. Se realizó una valoración de la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test. Así mismo se realizó una valoración de la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica, encuesta de calidad de vida (cuestionario EUROQol-5D, sólo en el grupo experimental), analítica básica y capacidad funcional (valorada únicamente en el grupo experimental)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al grupo experimental, el peso corporal ( $p=0.285$ ), el IMC ( $p=0.488$ ) y el índice cadera-cintura ( $p=0.178$ ) tenían suaves disminuciones sin llegar a ser estadísticamente significativas. Por otro lado, la masa magra ( $p=0.590$ ), la masa libre de grasa ( $p=0.571$ ) y la masa ósea ( $p=0.580$ ) aumentaron de forma leve sin que existieran diferencias significativas entre los valores antes y después del entrenamiento. Por su parte, sí que se obtuvieron reducciones estadísticamente significativas en el porcentaje de grasa corporal que se redujo un 0.9% ( $p=0.000$ ), en la masa grasa 0.5 Kg ( $p=0.036$ ) y en el perímetro de cintura 4.5 cm ( $p=0.020$ ). La encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D) únicamente se pasó en el grupo experimental, donde se obtuvieron disminuciones significativas en el estado de depresión, reduciéndose 2 puntos ( $p=0.025$ ). La capacidad funcional fue valorada específicamente en el grupo intervención, donde se observaron mejoras estadísticamente significativas en la capacidad funcional, un incremento de 1.25 puntos con una significación ( $p=0.046$ ). También en el grupo experimental, se vio una disminución significativa de 11.2 mmHg en la TA sistólica ( $p=0.001$ ). Respecto al grupo control, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del colesterol LDL que se redujo 5.8 mg/dl ( $p=0.008$ ) y en la hemoglobina que se redujo 4.1 g/L ( $p=0.023$ ). Por su parte, el grupo experimental mejoró en casi todos los parámetros, aunque solo se registraron diferencias significativas en el colesterol total que se redujo 7.9 mg/dl ( $p=0.012$ ), en el colesterol LDL que disminuyó en 7.3 mg/dl ( $p=0.004$ ), el colesterol HDL que aumento en 3.9 mg/dl ( $p=0.016$ ) y por último, destacar el aumento que tuvo la vitamina D3 fue de 6.8 ng/ml ( $p=0.046$ ). Aunque el grupo control haya reducido el colesterol LDL significativamente, la disminución del grupo intervención es mayor y con una significación más cercana al 0.000.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En definitiva, parece que el entrenamiento multicomponente puede mejorar diversos aspectos de la salud y mantener la independencia durante el envejecimiento de los mayores.

#### 7. OBSERVACIONES.

Con este proyecto se ha comenzado una colaboración muy interesante con la Facultad de ciencias de la salud y del deporte de la Universidad de Huesca y nuestro centro de salud, que va a continuar en el 2019, por lo que vamos a poder integrar este proyecto como una actividad comunitaria para ofrecer a los pacientes que cumplan criterios.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/825 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0825

Título  
ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825

### 1. TÍTULO

#### ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S

##### Autores:

CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, BAYOD CALVO CONCEPCION, ORDAS BITRIAN MERCEDES, TORRES TRASOBARES MARIA LUISA, ESPEJO LORENTE MONICA, BESCOS GARCIA BLANCA, SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Envejecimiento  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Hoy en día estamos observando un envejecimiento de la población debido al aumento de la esperanza de vida. Estas personas mayores sufren un deterioro de sus cualidades físicas que contribuyen a que disminuyan sus niveles de actividad física y consecuentemente también empeoran sus patologías de base. Desde nuestro Centro de Salud hemos visto que hay un porcentaje elevado de inactividad física entre nuestros pacientes y éste es mayor en el grupo de personas mayores de 65 años. Además, hay datos publicados que muestran que la inactividad física es la cuarta causa de muerte en el mundo (OMS, 2017). Por ello creemos que una intervención con actividad física en este grupo poblacional no solo va a mejorar la condición física sino también la calidad de vida y la composición corporal de estas personas. También se espera disminuir el uso de fármacos, la demanda asistencial... y consecuentemente una disminución del gasto sanitario. Este proyecto necesita la colaboración de un equipo multidisciplinar de profesionales que incluya a médicos, enfermeras y profesionales de la actividad física y del deporte. Para ello contamos con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la condición física y la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años del Centro de Salud Perpetuo Socorro que participen en la intervención, así como disminuir los niveles de inactividad física. Conseguir una adherencia a la actividad física en este grupo poblacional.

##### MÉTODO

Se realizará un entrenamiento multicomponente adaptado a la condición física de los participantes donde se trabajarán los componentes de la condición física relacionados con la salud (resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y resistencia a la fuerza, equilibrio y flexibilidad) en sesiones de 60-90 minutos 3 veces por semana con una duración de 5-6 meses. Además de llevarán a cabo reuniones periódicas del Equipo de Atención Primaria e interdisciplinarias, iniciales y de seguimiento, para puesta en común EAP-investigadores. Este proyecto también permite estrechar lazos con la Universidad de Zaragoza.

##### INDICADORES

Se evaluará la condición física (pre y postintervención) mediante la batería Senior Fitness Test, así como la composición corporal (pre y postintervención) mediante Tanita, tallímetro y cinta métrica. Se pasará una encuesta de calidad de vida (cuestionario EuroQol-5D). Se medirá la capacidad funcional (índice de Barthel) y TAS, TAD y FC en reposo. También se valorarán posibles cambios analíticos (comparando la analítica pre y postintervención) y si hubiera un cambio en el número de asistencia a consultas (demanda), de ingresos, asistencia a urgencias, tratamiento farmacológico de patologías crónicas (según datos registrados en OMI-AP y HCE). Se valorará la alimentación mediante la cumplimentación del cuestionario de adherencia a dieta mediterránea. Se requerirá a los sujetos participantes una adherencia al programa que se definirá como la asistencia a más del 80% de las sesiones para realizar la evaluación y el análisis de la intervención.

##### DURACIÓN

Se pretende que el proyecto tenga una duración aproximada de un curso escolar. Inicialmente se hará una presentación del proyecto al EAP del Centro de Salud (1 ó 2 sesiones de 45-60 minutos), posteriormente se realizará el reclutamiento de sujetos (3 semanas) y se llevará a cabo la evaluación preintervención (2 semanas). La intervención tendrá una duración de unas 20-22 semanas. Finalmente se realizará la evaluación postintervención (2 semanas) y se hará el análisis de resultados (6 semanas). Se realizará una exposición de los resultados al finalizar (1 ó 2 sesiones). Se espera que este no sea un proyecto aislado, sino que tenga continuidad en el tiempo.

##### OBSERVACIONES

Pendiente de valoración por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Aragón.

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0825**

**1. TÍTULO**

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO: NUESTROS MAYORES ACTIV@S**

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

### 1. TÍTULO

#### FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

PAULES CUESTA ISABEL MARIA  
BESCOS GARCIA BLANCA  
CASTELLON CARRERA MARIA JESUS  
FERNANDEZ PALMA BELEN  
CORTES IZAGA MARIA  
ALONSO MORTE JONATAN  
URBANO PANADERO BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre junio y octubre de 2018 se llevaron a cabo 3 reuniones de los miembros del equipo con las personas responsables de Caritas. Se diseñaron los talleres y se fijaron las fechas de los mismos durante el primer trimestre del curso. Los grupos de mujeres participantes los formaron desde la propia asociación. Para la elaboración de los talleres preparamos "power points" de cada tema y cuestionarios pre y post taller. Asimismo preparamos técnicas grupales: Brainstorming, fotopalabra, y role-playing. Se han realizado en total 6 talleres, cada taller lo formaban 2 grupos de aproximadamente 15 personas. Taller "Utilización correcta de servicios sanitarios, prevención de enfermedades crónicas y cv, hábitos saludables" Taller: " Vacunación en adultos y niños, cura de heridas". Taller "Salud de la mujer, prevención de ca-cx, ca-mama." Taller: "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, planificar embarazo saludable" Taller: " Primeros auxilios: actuación ante situaciones de urgencia como quemaduras, atragantamiento, PCR,..." Taller: "Nutrición Saludable" . Hemos impartido una sesión clínica en nuestro centro de salud con el fin de transmitir el proyecto al resto del EAP.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº Talleres realizados/ nº Talleres programados: 3/5 Fuente: propia  
NºMujeres embarazadas: 6 Fuente: cuestionario  
NºMujeres con seguimiento embarazo/nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto: 6/6 Fuente: cuestionario, HCE  
Nº mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nº mujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller: 13/15 Fuente: cuestionario  
Nº Mujeres con cribado de ca-cx realizado al finalizar el programa/ nº mujeres que participan en el programa con criterios de cribado: SIN MEDIR DE MOMENTO  
Nº Mujeres que saben realizar ejercicios de suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/mujeres que han participado en el taller: SIN MEDIR DE MOMENTO  
Un nuevo indicador que podríamos incluir y que medimos con los cuestionarios realizados es:  
nº mujeres que conocen como prevenir el ca-cx tras el taller/ nº mujeres participantes en el mismo: 25/34 Fuente: cuestionario

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto del presente curso todavía no ha finalizado ya que la intervención que realizamos está incluida en un programa que tiene lugar durante el curso escolar por lo que hay indicadores que todavía no hemos podido evaluar ya que no se han impartido los talleres pertinentes que están programados en estos próximos meses de marzo a junio. Por otro lado nos hemos planteado la inclusión de nuevos indicadores a través de cuestionarios pre y post intervención, también sería útil el poder pasarlos de nuevo a los 3 meses. Hay indicadores que planteamos en el proyecto inicial que se podrían medir obteniendo datos de las historias de las personas que participan en el proyecto pero no tenemos los permisos pertinentes por lo que hemos elaborado otra manera de evaluar a través de cuestionarios. Por lo que en adelante podemos continuar con los indicadores que habíamos elegido y añadir otros relacionados a fin de poder evaluar los esfuerzos y hacer cambios donde se necesiten. Una aportación al proyecto ha sido que desde la organización, Caritas, se nos propuso incluir a algunos varones en determinados talleres. Acudieron a 3 de los 6 talleres impartidos 4 varones/taller. Otra valiosa aportación al proyecto ha sido la inclusión e implicación de estudiantes de enfermería y nutrición y de médicos internos residentes de nuestro centro de salud, así como la inclusión de nuevos talleres no programados en el proyecto inicial pero que a través de las peticiones de los participantes hemos visto interesante realizar.

#### 7. OBSERVACIONES.

Tenemos la duda de si podríamos obtener permiso para entrar en las HCE de las participantes para obtener datos que nos permitan medir algunos indicadores. Otra duda que nos surge es que la coordinadora del proyecto cambia de centro de salud, por una comisión de servicios, y querríamos saber si sería posible su continuidad en el proyecto aunque fuera como participante.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

### 1. TÍTULO

#### FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1169 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1169

Título  
FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Autores:  
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, PAULES CUESTA ISABEL MARIA, CALVERA FANDOS LAURA, BESCOS GARCIA BLANCA, CASTELLON CARRERA MARIA JESUS, FERNANDEZ PALMA BELEN, VELILLA ALONSO TERESA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: salud de la mujer  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.

A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.

En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos. Taller de suelo pélvico. Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.

Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.

En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
-Promover el empoderamiento de las mujeres a través de técnicas y métodos ajustados a sus necesidades.  
-Mejorar el autocuidado de la mujer, dándoles a conocer diversos aspectos relacionados con la salud en las distintas etapas de la vida.  
-Hacer una utilización racional y responsable de los recursos sanitarios.  
-Conocer el censo de mujeres embarazadas en este colectivo.  
- Objetivos específicos para cada taller.

**MÉTODO**  
-Taller 1: Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida: Informar y mejorar el conocimiento sobre la anatomía femenina, ciclo menstrual y principales formas de prevención de cáncer femenino. Embarazo saludable.

-Taller 2: Aspectos prácticos en la elección y utilización del método anticonceptivo.

- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.

-Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.

-Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

**INDICADORES**  
Nº mujeres embarazadas en este colectivo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

### 1. TÍTULO

#### FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

Nº Mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nºmujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller.

Nº mujeres con cribado ca-cx realizado al finalizar programa/nºmujeres que participan en el programa con criterios de cribado.

Nº mujeres con seguimiento de embarazo realizado/ nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto.

Nº Mujeres que saben realizar ejercicios del suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/ mujeres que han participado en el taller.

#### DURACIÓN

- Elaboración del programa y puesta en común con Trabajadora Social y Educadora de Caritas para la preparación de los grupos de participantes.( junio-octubre). Tres reuniones
- nº de charlas-talleres en función del número de participantes. Se trabajará con grupos de 8-12 personas. Comenzarán en octubre-noviembre y se llevarán a a cabo a lo largo del curso 2018-2019.
- Reunión en diciembre para seguimiento, evaluación de lo realizado hasta entonces y planificar los restantes talleres.
- Reunión abril-mayo para evaluación final y continuidad próximo curso

#### OBSERVACIONES

Es un proyecto en la comunidad y las mujeres que participan pertenecen a diferentes centros de salud de Huesca. Los objetivos específicos de cada taller no pueden ser expuestos por falta de espacio en el formulario.

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

### 1. TÍTULO

#### "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR  
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION  
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA  
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE  
SANCHEZ RODRIGUEZ MARIA LUISA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión general de coordinadores del Proyecto 29/09/2018, 25/10/2018, 20/11/2018 y 22/02/2019

Los objetivos de esta fase eran:

Informar, motivar y comprometer en el proceso a todas las personas implicadas en el mismo, niños y niñas, instituciones, personas adultas acompañantes,  
Reconocer los espacios

Realizar un diagnóstico participativo de la situación actual de las salas de espera, explorando posibilidades de mejora.

Fechas: se ha realizado entre los meses de octubre de 2018 a febrero del 2019.

Lugar: en el Servicio de Pediatría del Centro de Salud Perpetuo Socorro ubicado en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús y en el Colegio Pío XII

Trabajo de campo:

Niñas y niños de la Comisión de salud del Proyecto Ciudad de las niñas y niños de Huesca el 23/10/2018

Niñas y niños de la Ludoteca Candeleta el 27/11/2018

Pacientes y acompañantes que han acudido a nuestras consultas durante los días 27-29/11/2018 y del 3-5/12/2018

Niñas y niños de 1º de Primaria del Colegio Pío XII el 14-15/01/2019

Niñas y niños de 5 años del Colegio Pío XII el 28-29/01/2019

Niñas y niños de 3º de Primaria del Colegio Pío XII el 4-6/02/2019

El trabajo de campo ha consistido en información del contexto, la apertura de la mirada con otros ejemplos y la exploración del espacio con el sistema de Foto-voice. Se finalizaba con una sesión de relajación-visualización con grabación sonora de cómo sería la sala de espera que imaginan.

Se han elaborado diversos paneles con explicaciones del proyecto, ejemplos de cambios de otras salas de espera, posibles temáticas para su votación, y buzón de ideas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Participantes:

Han participado un total de 177 niños y niñas y 118 personas adultas acompañantes de los niños y niñas al Servicio de Pediatría.

Con los niños y niñas se recogieron sus aportaciones a través de entrevistas participativas apoyadas en los siguientes materiales:

Panel explicativo del proceso

Panel para valorar las posibles temáticas.

Panel para valorar aspectos que podrían hacer más agradable la sala de espera y las propuestas que ya teníamos.

Panel para otras ideas, sugerencias, etc. ambientado como un aeropuerto al que llegan esas ideas escritas en un papel en forma de aviones de papel.

Quedando los datos básicos del niño/niña (sexo, edad y procedencia) así como sus respuestas a las diferentes

preguntas recogidas por la persona facilitadora en una hoja de registro.

En el caso de las personas adultas acompañantes se realizó a través de encuestas anónimas.

Los adultos también firmaban autorizaciones para la participación de los niños y niñas a los que acompañaban y que por edad y disponibilidad quisieran participar.

En este momento se están analizando todos los datos recogidos durante el trabajo de campo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La coordinación de los responsables en esta etapa está siendo óptima. Desde el inicio del proyecto se ha creado y fortalecido una red muy interesante de personas implicadas desde diversas entidades, con diversas disciplinas, con participación de niños de diversas edades, procedencias y situaciones personales, lo que hace del proyecto un proyecto de participación muy completo.

Se ha decidido que el proyecto sea parte de un estudio de Investigación Acción Participativa, para lo cual se ha incluido en el equipo a la profesora del Departamento de Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, Elena Lobo.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

### 1. TÍTULO

#### "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Efectos no previstos: hasta el momento no se han detectado.

Difusión realizada: de momento no realizada dado la fase del proyecto donde nos encontramos. Próximamente se colocarán carteles informativos, con los resultados que vamos obteniendo, en el pasillo de pediatría, con el objetivo de que los usuarios vean la evolución del proceso.

Línea de mejora: en la rama de investigación.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1504 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1504

Título  
"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Autores:  
PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS, MARTINEZ OLIVAS SILVIA, SANCHEZ ARCUSA JOSE MIGUEL, GARRIDO JIMENEZ ISIDRO, SEBASTIAN BONED FLOR, AYLLON NEGRILLO ESTER, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: BIENESTAR EMOCIONAL  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
**OBJETIVO GENERAL:**  
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**  
Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.  
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.  
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.  
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

### 1. TÍTULO

#### "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.  
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

#### MÉTODO

Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

#### INDICADORES

La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

#### DURACIÓN

El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018

- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018

- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías, .....).

Octubre a diciembre de 2018:

- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:

- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:

- compra del material necesario
- realización del trabajo

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504**

**1. TÍTULO**

**"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO**

OBSERVACIONES

Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

### 1. TÍTULO

#### "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS CARLOS PARDOS MARTINEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR  
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION  
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE  
AGON BANZO PEDRO  
SIN ABIZANDA MARIA ASUNCION  
VAL LECHUZ BELEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se valoraron las propuestas iniciales de los niños/as, y se consensuaron las propuestas definitivas a llevar a cabo. Posteriormente se elaboró y aprobó el presupuesto para llevarlas a cabo.

Se ha realizado:

- el trabajo creativo con los niños/as de CEIP Pio XII, Ludotecas municipales y Consejo de las Niñas y los Niños para la decoración posterior de las salas de espera según las propuestas recogidas en el proceso participativo.

- la compra del material necesario. Los niños/as del Consejo, acompañados de adultos, fueron a comprar una selección de juegos para diversas edades como: domino, memory, tabu, naipes, bloques apilables, cubo Rubik y serpiente mágica.

Se han adquirido juegos de pared en concreto: laberinto de bolas magnéticas, espejo y tres laberintos de psicomotricidad fina.

Se han adquirido 15 libros para la minibiblioteca: libros cortitos, cuentos y cómics para diversas edades.

- la puesta a punto del espacio de la sala de espera para su posterior decoración por parte de los niños y niñas (trabajos de pintura base).

- se ha fabricado, con la implicación de los niños/as del Consejo, una estantería para los juegos.

- se ha valorado la esfera emocional a través de observación directa en la sala de espera y con una encuesta autorellenada por los niños/as en las consultas.

Para financiar los juegos y la pintura base del pasillo y salas de espera se ha utilizado la subvención otorgada en 2019 por la RAPPs.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º Se consensó valorar de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas (Ayuntamiento, Universidad, Departamento de Educación del Gobierno de Aragón y SALUD) como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

En este aspecto, podemos decir que el grado de participación ha sido completo por parte de los integrantes de cada institución.

2º Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Ha habido más de 500 propuestas a realizar. De ellas, se consensó no llevar a cabo el cambio de los asientos, colocación de una fuente de agua, aumentar el espacio, avisar a los pacientes por altavoz, colocación de algunos juegos, adquisición de ciertos elementos para hacer manualidades, lugar para dejar los carritos, una televisión y una máquina de bebidas.

3º Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas.

Se están realizando las propuestas consensuadas excepto el bajar la altura del mostrador.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El calendario previsto se está llevando a cabo.

Hemos tenido problemas con el Consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, ya que al equipo técnico con el que veníamos trabajando no se le renovó el contrato por parte del Ayuntamiento. Por lo tanto, hemos estado un tiempo sin interlocutores. Por suerte, en este momento, ya se han incorporado dos personas nuevas al Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños, por lo que hemos podido comenzar a trabajar con ellos.

No hemos encontrado apoyo económico por parte del SALUD ni hemos conseguido que se baje la altura del mostrador (algo muy reclamado por los niños y por los propios trabajadores del centro). Tendremos que valorar otras vías para conseguirlo.

Durante este mes de enero de 2020 ya han comenzado a decorar las paredes los niños/as de la ludoteca y, a partir de febrero, acudirán del CEIP Pío XII.

El proyecto continúa adelante con mucha ilusión.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1504 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

### 1. TÍTULO

#### "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Nº de registro: 1504

Título  
"ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Autores:  
PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS, MARTINEZ OLIVAS SILVIA, SANCHEZ ARCUSA JOSE MIGUEL, GARRIDO JIMENEZ ISIDRO, SEBASTIAN BONED FLOR, AYLLON NEGRILLO ESTER, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: BIENESTAR EMOCIONAL  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
**OBJETIVO GENERAL:**  
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**  
Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.  
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.  
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.  
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.  
Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.  
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

**MÉTODO**  
Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1504

### 1. TÍTULO

#### "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

#### INDICADORES

La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

#### DURACIÓN

El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018

- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018

- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías, .....).

Octubre a diciembre de 2018:

- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:

- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:

- compra del material necesario
- realización del trabajo

#### OBSERVACIONES

Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

### 1. TÍTULO

#### FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP  
· Sector ..... HUESCA

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

PAULES CUESTA ISABEL MARIA  
BESCOS GARCIA BLANCA  
VELILLA ALONSO TERESA  
CORTES IZAGA MARIA  
ALONSO MORTE JONATAN  
URBANO PANADERO BEATRIZ  
ESPEJO LORENTE MONICA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO Y CS SABIÑÁNIGO

De cara a favorecer la adecuada enseñanza sobre temas relacionados con la salud entre las mujeres de la comunidad, este proyecto se dividió en 2 fases. En la primera fase, desarrollada entre junio y octubre de 2018 se llevaron a cabo 3 reuniones entre los miembros del equipo y las personas responsables de Cáritas. De esta manera, se diseñaron los talleres y se fijaron las fechas de los mismos durante el primer trimestre del curso. La segunda fase transcurrió entre noviembre de 2018 y mayo de 2019, en la que se desarrollaron algunos talleres planteados inicialmente y otros que surgieron por parte de la población asistente a los mismos.

En el programa han participado un total de 40 mujeres provenientes sobre todo de Marruecos y Africa subsahariana, asimismo han participado mujeres de etnia gitana. Los grupos de participantes en cada taller los formaron desde la propia Asociación, procurando que hubiese diversidad en cada uno de ellos.

Para la elaboración de los talleres, los profesionales implicados y estudiantes que colaboraron, prepararon para cada taller presentaciones con diapositivas en formato digital y cuestionarios para la evaluación de los conocimientos antes y después de cada actividad. Asimismo se incorporaron técnicas grupales como brainstorming, fotopalabra y role-playing de cara a fomentar la colaboración de los asistentes.

Se desarrollaron en total 7 talleres. Cada taller se dividió en 2 grupos de aproximadamente 15 personas cada uno. Los temas desarrollados fueron los siguientes:

Taller 1: "Utilización correcta de servicios sanitarios, prevención de enfermedades crónicas y cardiovasculares, y hábitos saludables."

Taller 2: "Vacunación en adultos y niños, y cura de heridas".

Taller 3: "Salud de la mujer, y prevención de cáncer de cérvix y de mama."

Taller 4: "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, y planificación de un embarazo saludable."

Taller 5: "Primeros auxilios: actuación ante situaciones de urgencia, resucitación cardiopulmonar básica, quemaduras, atragantamiento..."

Taller 6: "Nutrición Saludable". Este taller constó de 4 sesiones prácticas transcurridas entre los meses de abril y mayo de 2019, de 2 horas de duración cada una, en la cocina del Palacio Duquesa Villahermosa de la Obra Social Ibercaja.

Taller 7: "Prevención de disfunciones de suelo pélvico". Este taller se dividió en 2 sesiones realizadas con un intervalo de 6 meses para poder evaluar conocimientos y hábitos adquiridos.

Con el objetivo de que todos los miembros del Equipo de Atención Primaria conocieran en profundidad el proyecto, en marzo de 2019 se impartió una sesión clínica en el Centro de Salud Perpetuo Socorro, explicando la evolución de los talleres, resolviendo posibles dudas y fomentando la implicación de nuevos profesionales sanitarios.

Para finalizar el primer año de desarrollo del proyecto, en junio 2019 se realizó una evaluación conjunta con la Trabajadora Social del centro de Cáritas, y se programaron actividades para el presente curso 2019-2020, y así poder dar continuidad a la actividad. Desde la Facultad de Nutrición Humana y Dietética se interesaron por el proyecto dado que los alumnos de 4º del grado de nutrición que rotaron en nuestro centro de salud, llevaron a cabo los talleres de nutrición junto con las dos enfermeras responsables.

Se ha contado con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza, el Ayuntamiento de Huesca y la Obra Social de Ibercaja.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos específicos que nos habíamos marcado con cada taller han sido alcanzados en gran medida. Hemos podido comprobarlo a través de los cuestionarios entregados antes y después de cada actividad, y de las opiniones transmitidas por las participantes. Además las personas voluntarias de la Asociación, que siguen trabajando con las participantes a lo largo de la semana en otras actividades, nos han indicado que gracias a estos talleres pueden establecer relaciones de confianza con las participantes.

De esta manera, hemos visto que:

- Respecto al Taller "Planificación familiar, métodos anticonceptivos, y planificación de un embarazo saludable":
  - Un 70% ha mejorado el conocimiento sobre la anatomía del aparato reproductor.
  - Un 80% ha mejorado el conocimiento sobre los distintos métodos anticonceptivos así como la planificación de un embarazo saludable.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

### 1. TÍTULO

#### FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

- Durante el taller identificamos algunas dificultades que expresaban las participantes a la hora de utilizar los métodos anticonceptivos: "no sabía cómo utilizarlo", "me daba miedo", "a una vecina le fue mal", etc..., que se han podido abordar en este taller, además de desmitificar opiniones y resolver dudas.
- En relación al Taller "Prevención de disfunciones de suelo pélvico":
  - Un 70% ha mejorado el conocimiento sobre la anatomía del suelo pélvico.
  - Un 80% ha mejorado el conocimiento hábitos saludables para prevenir las disfunciones del suelo pélvico.
- Y un 60% realiza de manera rutinaria ejercicios del suelo pélvico.
- Tras el Taller "Nutrición Saludable":
  - Los participantes han incrementado el conocimiento de los aspectos que contempla una alimentación saludable y las consecuencias sobre la salud que ello implica.
  - Han desarrollado destrezas culinarias mediante las elaboraciones planteadas.
  - Se ha capacitado al grupo para reconocer un producto saludable y nutricionalmente de calidad, mediante el etiquetado nutricional.
  - Han podido mejorar el empoderamiento individual comentando sus diferentes costumbres alimenticias en dependencia de su país de origen, y transmitiendo sus recetas personales a otras personas interesadas del grupo. Es importante destacar que hemos podido observar una cobertura de un 63,6% en el cribado de cáncer de cervix entre las participantes desde que comenzó el proyecto. Por otra parte, en las consultas del Centro de Salud se ha constatado una mayor asistencia para ampliar información sobre métodos anticonceptivos, y un mejor seguimiento del embarazo por parte de mujeres embarazadas. También se ha objetivado en dichas consultas un mayor interés sobre aspectos de alimentación saludable y hábitos de vida sana y equilibrada. Las participantes manifiestan en las consultas aplicar los conceptos aprendidos sobre una vida sana en su día a día, además de realizar de manera frecuente los ejercicios aprendidos para la prevención de trastornos de suelo pélvico.
- Con respecto al taller de salud mental, finalmente no lo hemos podido llevar a cabo por la falta de disponibilidad del profesional que iba a impartirlo. Las personas implicadas en el proyecto, también desde la Asociación, tanto trabajadores como voluntarios, detectamos la necesidad de incluirlo y poder trabajar con las participantes el fortalecimiento de la autoestima, la gestión de emociones, el manejo de la ansiedad, el empoderamiento... Está pendiente poder incluirlo en el nuevo curso académico.
- Indicadores:
  - N° talleres realizados/ n° talleres programados: 4/5 (Fuente propia).
  - N° mujeres embarazadas: 10 (Fuente: HCE, cuestionario).
  - N° mujeres con seguimiento embarazo/n° mujeres embarazadas que han participado en el proyecto:10/10 (Fuente: cuestionario, historia clínica electrónica).
  - N° mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/n° mujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller: 20/22 (Fuente: cuestionario).
  - N° mujeres con cribado de cáncer de cervix realizado al finalizar el programa/n° mujeres que participan en el programa con criterios de cribado: 21/33 (Fuente: historia clínica electrónica).
  - N° mujeres que saben realizar ejercicios de suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/mujeres que han participado en el taller: 14/25
- Un nuevo indicador que hemos incluido y que medimos con los cuestionarios realizados es:
  - N° mujeres que conocen como prevenir el cáncer de cervix tras el taller/ n° mujeres participantes en el mismo: 26/34 (Fuente: cuestionario).

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con los datos que hemos recogido entre los 3 años que lleva en curso este proyecto, hemos podido comprobar que los talleres sirven para acercar la salud a la comunidad.

Entre los talleres impartidos se han incluido 3 que no formaban parte de nuestro proyecto inicial y que fueron las propias participantes las que los propusieron. Es un aspecto muy positivo ya que las necesidades expresadas por las usuarias del proyecto han favorecido la participación activa de las mismas en las actividades programadas. Hemos añadido un nuevo indicador que hemos medido a través de cuestionarios antes y después de cada taller. Este indicador nos ha resultado útil para conocer que más de un 76,4% de las participantes conocen cómo prevenir el cáncer de cervix, si bien un 63,6% con criterios de cribado lo tienen realizado. De cara a próximas sesiones podemos abordar el tema para conocer cuáles son los motivos por los que algunas participantes no realizan el cribado e intentar disipar dudas, miedos etc...

Existen indicadores que planteamos en el proyecto inicial que se podían medir obteniendo datos de las historias de las personas que participan en el proyecto, por lo que hemos pedido que nos dieran su consentimiento informado para acceder a dichos datos.

Una aportación al proyecto ha sido la inclusión de algunos varones en determinados talleres, tal y como nos propuso la organización. Acudieron a 3 de los 7 talleres impartidos 4 varones/taller.

Otra valiosa aportación al proyecto ha sido la inclusión e implicación de Médicos Internos Residentes de nuestro Centro de Salud y este último curso estamos contando también con la participación del Enfermero Interno Residente de Comunitaria en las actividades de continuidad del proyecto. Así mismo señalar la implicación y colaboración de estudiantes del Grado de Enfermería y del Grado de Nutrición. Este hecho ha supuesto que en el actual curso 2019-2020, la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte se encargue durante todo el año de los talleres de nutrición, pasando a formar parte de contenidos prácticos específicos de la Facultad de Nutrición Humana y Dietética.

Por último, al ser el tercer año que se desarrolla esta actividad en la Asociación de Cáritas, destacar que se pretende mantener, y así está siendo en el presente curso, como actividad del Centro de Salud en la que podrían implicarse otros profesionales sanitarios del centro.

### 7. OBSERVACIONES.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

### 1. TÍTULO

#### FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Hemos comprobado que realizar los talleres en la Asociación que Cáritas dispone en el barrio Perpetuo Socorro de Huesca ha supuesto una mayor respuesta e implicación de las mujeres, ya que lo perciben como un terreno amigable y propicio. La frecuentación a los talleres ha sido elevada, con alrededor de una asistencia de un 90% de las personas que estaban inscritas en cada taller.

Es importante reconocer el papel tan valioso que desarrollan las personas voluntarias de la Asociación, además de la Trabajadora Social y Educadora Social que han participado en la realización del proyecto. Destacar que dicha Asociación ha gestionado la colaboración de organismos como el Ayuntamiento de Huesca y la Obra Social de Ibercaja que han cedido el aula de dinámica y psicomotricidad del centro cívico del barrio y el aula de cocina respectivamente, donde hemos podido llevar a cabo talleres específicos.

También hemos observado como fortaleza del proyecto el acercamiento de la figura del sanitario a la población. Asimismo queremos resaltar la ayuda que nos brindó el SARES en la elaboración del proyecto.

La coordinadora del proyecto actualmente trabaja como matrona en centro de salud de Sabiñánigo pero mientras duró el proyecto estuvo en el centro de salud Perpetuo Socorro casi durante la duración total del mismo. Hemos señalado como centro de trabajo Centro de Salud los dos para evitar confusiones ya que el proyecto pertenece al AGC del CS Perpetuo Socorro.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1169 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1169

Título  
FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Autores:  
SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR, PAULES CUESTA ISABEL MARIA, CALVERA FANDOS LAURA, BESCOS GARCIA BLANCA, CASTELLON CARREERA MARIA JESUS, FERNANDEZ PALMA BELEN, VELILLA ALONSO TERESA, MUÑOZ JIMENEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: salud de la mujer  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.

A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.

En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos.Taller de suelo pélvico.Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.

Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.

En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
-Promover el empoderamiento de las mujeres a través de técnicas y métodos ajustados a sus necesidades.  
-Mejorar el autocuidado de la mujer, dándoles a conocer diversos aspectos relacionados con la salud en las distintas etapas de la vida.  
-Hacer una utilización racional y responsable de los recursos sanitarios.  
-Conocer el censo de mujeres embarazadas en este colectivo.  
- Objetivos específicos para cada taller.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1169

### 1. TÍTULO

#### FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

##### MÉTODO

- Taller 1: Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida: Informar y mejorar el conocimiento sobre la anatomía femenina, ciclo menstrual y principales formas de prevención de cáncer femenino. Embarazo saludable.
- Taller 2: Aspectos prácticos en la elección y utilización del método anticonceptivo.
- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.
- Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.
- Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

##### INDICADORES

Nº mujeres embarazadas en este colectivo

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

Nº Mujeres que aprueban utilizar método anticonceptivo/ nºmujeres con necesidad de anticoncepción que acuden al taller.

Nº mujeres con cribado ca-cx realizado al finalizar programa/nºmujeres que participan en el programa con criterios de cribado.

Nº mujeres con seguimiento de embarazo realizado/ nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto.

Nº Mujeres que saben realizar ejercicios del suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/ mujeres que han participado en el taller.

##### DURACIÓN

- Elaboración del programa y puesta en común con Trabajadora Social y Educadora de Caritas para la preparación de los grupos de participantes.( junio-octubre). Tres reuniones
- nº de charlas-talleres en función del número de participantes. Se trabajará con grupos de 8-12 personas. Comenzarán en octubre-noviembre y se llevarán a a cabo a lo largo del curso 2018-2019.
- Reunión en diciembre para seguimiento, evaluación de lo realizado hasta entonces y planificar los restantes talleres.
- Reunión abril-mayo para evaluación final y continuidad próximo curso

##### OBSERVACIONES

Es un proyecto en la comunidad y las mujeres que participan pertenecen a diferentes centros de salud de Huesca. Los objetivos específicos de cada taller no pueden ser expuestos por falta de espacio en el formulario.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CASTILLON FANTOVA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PIRINEOS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GARCIA CALVO ANGEL  
CHAVERRI ALAMAN EVA  
TORRIJO CASCANTE MIGUEL ANGEL  
FRANCO SANAGUSTIN MARIA TERESA  
CLAVER GERMAN ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
DOS SESIONES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES INFORMATIVAS EN JUNIO Y NOVIEMBRE RESPECTIVAMENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
AUNQUE EN LA GLOBALIDAD DEL EQUIPO NO SE HAN OBTENIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS, EL 70% DE LOS PROFESIONALES HAN CONSEGUIDO EL OBJETIVO SEGÚN EL NUMERO DE PACIENTES EXTRAIDO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
IMPOSIBILIDAD ACTUAL DE SABER DE QUÉ PACIENTES SE TRATA DESDE EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA. EN AÑOS ANTERIORES EXISTÍA DICHA HERRAMIENTA Y SI SE VOLVIERA A IMPLEMENTAR, MEJORARIAN LOS RESULTADOS EN AÑOS POSTERIORES INFORMAR DE MANERA PERSONALIZADA A LOS PROFESIONALES QUE NO HAN CONSEGUIDO EL OBJETIVO

7. OBSERVACIONES.  
SI SE CONOCIERA EL NOMBRE DE LOS PACIENTES PODRIAMOS AVERIGUAR SI SE TRATA DE TRATAMIENTOS DE CORTA DURACIÓN QUE QUEDARIAN EXCLUIDOS DE ESTOS LISTADOS.  
CONSIDERAMOS IMPORTANTE SEGUIR CON EL PROYECTO DADO QUE SE PODRIAN MEJORAR LOS RESULTADOS

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/770 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0770

Título  
INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Autores:  
CASTILLON FANTOVA ANTONIO, LAMORA PALLAS ESTER, LUESMA GUIRAL MIGUEL, TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL, CLAVER ALFREDO, CHAVERRI EVA, ESCAR RIVERA MARIA ISABEL, AGUARON JOVEN EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: Insuficiencia renal  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW) Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS  
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

##### MÉTODO

Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas. Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW. Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia. Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW. En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

##### INDICADORES

Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos  
Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya con TW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP  
Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

##### DURACIÓN

Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto.  
Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo.  
En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto  
En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero de 2019

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CASTILLON FANTOVA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS PIRINEOS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LAMORA PALLAS ESTER  
LUESMA GUIRAL MIGUEL  
TORRIJO CASCANTE MIHUEL ANGEL  
CLAVER GERMAN ALFREDO  
CHAVERRI ALAMAN EVA  
ESCAR RIVERA MARIA ISABEL  
AGUARON JOVEN EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Tres sesiones de equipo, multidisciplinar, explicando las consecuencias de la terapia Triple Wammy consensuando el protocolo de actuación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Disminución de 32% de pacientes en tratamiento con TW a fecha diciembre 2018 en la población diana

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Metodología, tanto por parte de Medicina como de Enfermería para identificar pacientes en terapia con TW y modificar el tratamiento

7. OBSERVACIONES.  
Nos gustaría continuar con el proyecto durante el año 2019 y conseguir disminuir en más del 50% a los pacientes en terapia con TW

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/770 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0770

Título  
INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Autores:  
CASTILLON FANTOVA ANTONIO, LAMORA PALLAS ESTER, LUESMA GUIRAL MIGUEL, TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL, CLAVER ALFREDO, CHAVERRI EVA, ESCAR RIVERA MARIA ISABEL, AGUARON JOVEN EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: Insuficiencia renal  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW) Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS  
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año  
Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LAIATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

##### MÉTODO

Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas. Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW. Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia. Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW. En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

##### INDICADORES

Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos. Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya con TW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP. Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

##### DURACIÓN

Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto. Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo. En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto. En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero de 2019

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ALAYETO GASTON  
· Profesión ..... PSICOLOGO/A  
· Centro ..... CS PIRINEOS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAMBA MORER BARBARA  
SANCHEZ LUCAS NAIARA  
GIL PELEATO EVA  
CARCELLER TEJEDOR AMAYA  
CALVERA FANDOS LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REVISION BIBLIOGRAFICA  
SELECCIÓN PROTOCOLOS Y TESTS  
CONFECCION PROTOCOLOS  
COMIENZO USO PROTOCOLOS DESDE ABRIL 2018  
LOS PROTOCOLOS ESTAN GUARDADOS EN DOCUMENTO WORD Y UTILIZADOS POR LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA DE NEUROPSICOLOGIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CONFECCION E INCORPORACIÓN DE 5 TIPOS DE PROTOCOLOS DE EXPLORACION:

-DETERIORO COGNITIVO MAYORES DE 65 AÑOS  
-ESCLEROSIS MULTIPLE  
-ABUSO DE ALCOHOL  
-TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO  
-HIDROCEFALIA

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS DESDE ABRIL DE 2018 HASTA ENERO DE 2018: 145 PERSONAS

NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS MISMO PERIODO DE 2017: 128 PERSONAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Reducir el tiempo requerido por paciente a través de la implantación del uso de protocolos por objetivos de evaluación permite incrementar la eficiencia del servicio ofrecido, permitiendo atender mayor número de pacientes (preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos).  
Por otro lado, los protocolos son subsidiarios de mejora continua, han de estar basados en la literatura científica sin perder de vista que al mismo tiempo han de adecuarse a los objetivos planteados desde las distintas unidades derivantes.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/114 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0114

Título  
PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Autores:  
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, MORER BAMBA BARBARA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GIL PELEATO EVA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, CALVERA FANDOS LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

En marzo de 2016 se pone en funcionamiento el Programa de Neuropsicología, dentro del Servicio de Atención Continuada de la especialidad, en el hospital San Jorge de Huesca. En estos momentos el programa se lleva a cabo por un residente de psicología bajo la supervisión de psicólogo adjunto, durante dos tardes (de 4 horas) a la semana. Desde su puesta en funcionamiento las derivaciones de pacientes por parte de los diversos servicios (neurología, psicogeriatría, UHB de psiquiatría, unidades de salud mental...) para la realización de exploraciones neuropsicológicas ha aumentado considerablemente. Se hace necesario reducir el el tiempo requerido por paciente sin que redunde en la calidad de las exploraciones. Se plantea para ello la confección de protocolos de evaluación (por objetivos de evaluación) que permitan incrementar la eficiencia del servicio, preservando la calidad de la atención y de los resultados obtenidos.

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es poder evaluar a los pacientes derivados a la unidad según diferentes protocolos de evaluación neuropsicológica confeccionados por objetivos de evaluación, una vez revisada la literatura, seleccionados los tipos de protocolos y los test y baterías que compongan cada uno de ellos. Con ello se optimizará el procedimiento de evaluación, reduciendo drásticamente el tiempo previo dedicado a la selección de pruebas (hasta ahora de forma individualizada), este ahorro de tiempo redundará en: mejor atención, incremento de pacientes evaluados, realización de tareas (corrección de pruebas, realización de informes)...

##### MÉTODO

- 1.- REVISION BIBLIOGRAFICA: Revisar los protocolos realizados por otras unidades : A cargo del residente bajo supervisión psicólogo adjunto.
- 2.- ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: Una vez revisada la literatura y teniendo en cuenta las particularidades de la demanda atendida se elegirán los distintos tipos de protocolos (ejemplos de posibles tipos de protocolos: protocolo para casos de sospecha de demencia en personas mayores de 65 años; protocolo para casos de personas con historial de abuso de tóxicos, protocolo para casos de TCE, ACV...etc)
- 3.- SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS que compondrán los distintos protocolos de evaluación: Seleccionar aquellos que se adapten a las necesidades de la unidad y requerimientos del tipo de demanda.
- 4.- CONFECCION DE LOS PROTOCOLOS
- 5.- COMENZAR EXPLORACIONES SEGUN PROTOCOLOS
- 6.- EVALUACION: Protocolos de evaluación y nº de pacientes explorados por tipo de protocolo

##### INDICADORES

- 1.- PROTOCOLOS CONFECCIONADOS: Tipos de protocolo según objetivos de evaluación y test y baterías que componen cada uno de los tipos de protocolo.
- 2.- Nº DE PACIENTES EVALUADOS POR PROTOCOLO CONFECCIONADO

Pacientes que se benefician de cada uno de los tipos de protocolo confeccionados

##### DURACIÓN

8. DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS. INICIO DEL PROYECTO: 1 DE MARZO 2018

FIN DEL PROYECTO: indefinido

##### CRONOGRAMA:

- 1 y 2: REVISION BIBLIOGRAFICA y ELECCION DE LOS TIPOS DE PROTOCOLOS POR OBJETIVOS: MARZO 2018
- 3 y 4: SELECCION DE LOS TESTS Y BATERIAS y CONFECCION PROTOCOLOS: MARZO DE 2018
- 5.- EXPLORACIONES SEGÚN PROTOCOLOS: A PARTIR DE DE ABRIL 2018
- 6.- EVALUACION: JULIO 2018

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0114**

**1. TÍTULO**

**PROTOCOLOS DE EVALUACION NEUROPSICOLOGICA**

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

### 1. TÍTULO

#### MI DIETA Y YO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PAZ FREIRE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SABIÑANIGO  
· Localidad ..... SABIÑANIGO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
RIVILLA MARUGAN LAURA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 sesiones de trabajo grupal en pacientes con sobrepeso/obesidad. En las sesiones han participado un profesional de enfermería y uno de medicina de familia. En cada sesión se abordaban distintos aspectos sobre alimentación saludable, se pesaba a los asistentes y se elaboraba entre ellos los menús correspondientes hasta la siguiente sesión, con supervisión de los profesionales. Las sesiones tuvieron lugar los días 15-22-29 Noviembre 20 Diciembre 2017 y 17 Enero, 21 Febrero, 21 Marzo, 18 Abril, 16 Mayo, 13 Junio. En algunas ocasiones los participantes llevaban tareas para casa como elaborar un menú semanal o fotografiar los platos que habían elaborado. Se pasó encuesta de conocimientos previos

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia fue variable entre 3 y 8 usuarios en las distintas sesiones. Disponemos del peso de 7 usuarios (uno sólo acudió a primera sesión). Hemos medido el peso a los 5 meses de inicio (cuando aún estaba activo el proyecto y los usuarios acudían de forma programada a la actividad) INDICADOR 1 y a los 9-12 meses (cuando el proyecto había finalizado y el peso se obtenía cuando el paciente acudía a consulta por otro motivo) INDICADOR 2  
INDICADOR 1: A los 5 meses del programa la pérdida media de peso entre los 7 usuarios que permanecieron en el mismo fue del 8.1%  
INDICADOR 2: entre los 9 y los 12 meses la pérdida de peso respecto al inicial fue del 5.5%, si bien es cierto que sólo disponemos de este dato de 4 de los 7 usuarios (2 cambiaron de domicilio y otro no volvió a acudir a consulta) Nos habíamos marcado como objetivo la pérdida de un mínimo del 5%, con lo que se ha conseguido el objetivo previsto  
Teniendo en cuenta el escaso mantenimiento de la pérdida de peso con las distintas dietas según todos los estudios, creemos que podemos considerar satisfactorio el impacto conseguido. Además de la pérdida en sí de kg, ha sido significativa la mejoría en conocimientos de hábitos de dieta

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación grupal es una manera de rentabilizar el tiempo de los profesionales, pudiendo llegar a más población en el mismo tiempo. El componente motivacional del grupo también es destacado, ya que personas que si poseían conocimientos correctos sobre alimentación y no habían conseguido perder peso en otras ocasiones, esta vez lo han conseguido. Sin embargo el mayor logro ha sido que usuarios con muy bajo nivel de conocimiento de hábitos saludables, han mejorado este conocimiento. Creemos que la elaboración supervisada de los menús por parte de los usuarios ha sido motivador para ellos y daba a los profesionales la posibilidad de detectar errores y aclararlos. Es perfectamente asumible la replicabilidad del proyecto y así lo haremos en el futuro

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/597 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0597

Título  
MI DIETA Y YO

Autores:  
PAZ FREIRE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0597

### 1. TÍTULO

#### MI DIETA Y YO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Sobrepeso, obesidad y enfermedades asociadas son uno de los principales problemas de salud subsidiarios de intervención en consulta de Atención Primaria. Con frecuencia la intervención realizada es poco efectiva o sólo lo es de forma temporal, sin conseguir un cambio en el patrón de hábitos, los pacientes se ponen "a dieta" pero no "cambian su dieta"

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Pretendemos realizar una intervención prolongada en el tiempo con el objetivo de mejorar los hábitos en alimentación, dirigida a personas con sobrepeso/obesidad. La pérdida de peso mantenida en el tiempo será un objetivo secundario

**MÉTODO**  
Se formará un grupo de usuarios, que por iniciativa propia o consejo sanitario, serán convocados de manera grupal y periódica en consulta dirigida por el profesional de medicina y el de enfermería de referencia de manera conjunta  
Durante el primer mes del proyecto las citas serán semanales. En estas primeras semanas se abordarán distintos aspectos sobre nutrición, ejercicio físico, distintas causas y consecuencias del exceso de peso, errores habituales, bebidas azucaradas, desayuno, formas de cocinado, principales grupos nutricionales y su presencia en los distintos platos etc.  
La 2ª semana los usuarios realizarán su propio diario dietético, que será revisado y puesto en común en la siguiente sesión con la supervisión de los profesionales. Se elaborará de forma consensuada el menú de la siguiente semana.  
Después del primer mes las citas serán mensuales y de forma progresiva se irán asignando tareas a los usuarios, de forma que las dietas serán en parte elaboradas por los profesionales, en parte propuestas por los usuarios y revisadas por los profesionales.  
En cada visita se abordarán dificultades detectadas, refuerzo del ejercicio físico, pautas para comer fuera de casa etc  
Se realizará peso mensual de los usuarios  
Se pasarán encuestas sobre conocimientos de nutrición  
Los usuarios realizarán fotografías de platos previamente pactados para abordar las raciones "estándar"

**INDICADORES**  
Peso al inicio y a los 6 y 10 meses de inicio del proyecto.

Se valorará si se ha conseguido pérdida de un 5% del peso en al menos el 30% de los usuarios inicialmente captados para la intervención

**DURACIÓN**  
INICIADO: NOVIEMBRE 2017. Citas: 15-22-29 Noviembre  
SIGUIENTES CITAS CON PERIODICIDAD MENSUAL:  
20 DICIEMBRE / 17 ENERO / 21 MARZO / 18 ABRIL / 16 MAYO / 13 JUNIO

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

### 1. TÍTULO

#### DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON DE JUAN ASENJO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ORDAS LAFARGA OLGA  
SENAC BARDAJI MARIA JOSE  
JIMENEZ SARRADELL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Creación agenda específica realizado  
Creación base de datos no realizado  
Continuar formación en dermatoscopia no realizado  
Coordinar derivaciones con dermatología no realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Nº biopsias realizadas 0 / Valoraciones 16  
Nº derivaciones dermatología 3 / Valoraciones 16

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Fundamental continuar formación en dermatoscopia y coordinación con el servicio de dermatología .  
Necesario la creación de una base de datos para el registro .

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/586 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0586

Título  
DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:  
DE JUAN ASENJO JOSE RAMON, ORDAS LAFARGA OLGA, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, JIMENEZ SARRADELL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

RESULTADOS ESPERADOS  
Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.  
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

### 1. TÍTULO

#### DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.  
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.  
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

#### MÉTODO

Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

#### INDICADORES

Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.  
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

#### DURACIÓN

Mayo-junio 2018.  
Creación de base de datos.  
Creación de agenda específica para el proceso.  
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.  
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre  
Reevaluación del proceso

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

### 1. TÍTULO

#### DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON DE JUAN ASENJO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ORDAS LAFARGA OLGA  
SENAC BARDAJI MARIA JOSE  
JIMENEZ SARRADELL PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.  
Se realizará registro de la lesión con descripción clínica y sintomatológica. Se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.  
Se registrará en una base de datos crada para esta consulta. No realizado

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### OBJETIVOS DEL PROYECTO

Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones Dermatológicas.

Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de Cirugía menor de nuestro Centro de Salud.

Realización de biopsia, según lesión, en Atención Primaria.

Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al Servicio de Dermatología.

Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes.

##### VALOR DE INDICADORES

Nº Valoraciones 86

Biopsias 7 6 Dermatología / 1 Atención Primaria

Derivaciones 22 Valoraciones 86

Biopsiadas 6 Exeresis 5 / T. Tópico 1

Crioterapia 4

Sin tratamiento 2

No informadas 5

Sin citar 4

No acude a consulta 1

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Falta el apoyo solicitado para generar una base de datos específica.

No se ha realizado el contacto con Servicio de Dermatología y el generar un circuito de derivaciones rápidas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/586 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0586

##### Título

DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

##### Autores:

DE JUAN ASENJO JOSE RAMON, ORDAS LAFARGA OLGA, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, JIMENEZ SARRADELL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Todas las edades

Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

### 1. TÍTULO

#### DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.  
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.  
Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.  
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.  
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

##### MÉTODO

Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

##### INDICADORES

Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.  
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

##### DURACIÓN

Mayo-junio 2018.  
Creación de base de datos.  
Creación de agenda específica para el proceso.  
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.  
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre  
Reevaluación del proceso

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIVINA DOSTE LARRULL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LARRIPA CADENAS PATROCINIO  
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL  
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA  
CANCER MORE PILAR  
USIETO GARCIA TERESA  
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

21 de Abril:

Sesión formativa del Dr Cruz Cubells sobre la Experiencia en Lérida de la consulta de detección, con la utilización del Test Prodiscat Pediátrico.

21 de mayo:

Reunión en Educación con los responsables del Departamento de Atención a la Diversidad, para informar del proyecto y la necesidad de colaboración entre Departamentos, sobre todo con los orientadores de los centros.

24 de octubre:

Se establece la incorporación sistemática del test, en la revisión del niño sano de 6 años, y el circuito de derivación de los niños a los orientadores de los colegios públicos. Se acuerda que el circuito de derivación a los colegios concertados será a través de la Asesora Técnica de Atención a la Diversidad.

23 de noviembre:

Reunión con los orientadores de los colegios públicos para aclarar dudas y concretar la fecha de la reunión al final del curso escolar entre representantes de los servicios de pediatría y ellos

30 de Noviembre:

Validación del test Prodiscat Pediátrico. Información a orientadores, pediatras, departamento de diversidad .

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El primer listado, obtenido en abril de 2018 de niños de 0 a 14 años con Episodio P24 activo eran de 315 niños. Tras la adecuación del episodio P24 a los que realmente cumplen criterios y acotar la edad de 6 a 14, son 21 los casos que realmente cumplen criterios de inclusión. Existiendo a partir de este momento una adecuación del 100% de los casos entre diagnóstico y episodio de OMI-AP.

2. De abril a diciembre del 2018 se ha conseguido un aumento en la detección del 30%, muy superior al objetivo marcado, a expensas de niños mayores de 6 años no diagnosticados previamente.

4. Comunicación entre el departamento de Sanidad y Educación al inicio y al final del curso: SI

5. Comunicación entre el Departamento de Sanidad y Educación ante un caso complejo : SI

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la correlación de episodios ha puesto de manifiesto la importancia de hacer un buen registro del diagnóstico en OMI para obtener una extracción de datos que refleje la realidad.

El mantenimiento de este proyecto queda justificado por la necesidad de conseguir una detección precoz a los 6 años y asegurar el seguimiento adecuado en el colegio.

Nos planteamos como nuevos indicadores:

\* n° de test realizados a los 6 años/n° total de niños de 6 años. Objetivo entre 90-100%

\* el n° de test positivos a los 6 años/ n° test hechos en la revisión del niño sano a los 6 años Objetivo 5%

#### 7. OBSERVACIONES.

Por movilidad de profesionales en los centros, Vanessa Rodríguez Campodarve y M<sup>a</sup> Luisa Sancho Rodríguez han participado en el proyecto hasta diciembre de 2018, para que conste en sus certificados. A partir de Enero de 2019 forman parte del proyecto en sustitución de las anteriores Juan Manuel Jimenez Hereza y Pilar Cancer More.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/721 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0721

Título

MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

##### Autores:

DOSTE LARRULL DIVINA, LARRIPA CADENAS PATROCINIO, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, SEBASTIAN BONEL FLOR, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, USIETO GARCIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Trastorno del aprendizaje  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

##### PROBLEMA

Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.

La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.

Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.

La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la "historia personal y desarrollo evolutivo", que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

##### RESULTADOS ESPERADOS

1. Asegurar la correlación entre el P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo "TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85"
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

##### MÉTODO

1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

##### INDICADORES

1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso sospechoso SI/NO. Diciembre 2018

##### DURACIÓN

1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA**

- 4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
- 5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso complejo SI/NO. Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DIVINA DOSTE LARRULL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CANCER MORE PILAR  
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL  
LARRIPA CADENAS PATROCINIO  
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA  
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE  
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR  
USIETO GARCIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20%, porque a veces se incluyen a todos los niños con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar entre el 5-10%. La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores, evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa, y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual. Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo). Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas además de problemas sociales y económicos para la familia. La introducción de un test validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico. En la historia personal y de desarrollo evolutivo, debemos prestar especial atención al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas del desarrollo el niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

Por ello nos planteamos una serie de objetivos:

1. Asegurar la correlación entre P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo " TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85" ( Episodios OMI-AP)
2. Realizar el test a demanda a cualquier edad ante la presencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
3. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

Se han realizado las siguientes actividades:

Abril 2018: Elaboración de un listado de los niños de 0-14 años con episodio P24 y comprobar su adecuación.

21 de abril 2018: Sesión formativa del Dr. Cruz Cubells sobre la experiencia en Lérida de la consulta de detección de dislexia, con la utilización del Test Prodiscat Pediátrico.

21 de mayo de 2018: Reunión en educación con los responsables del Departamento de Atención a la Diversidad, para informar del proyecto y la necesidad de colaboración entre Departamentos, sobre todo con los orientadores de los colegios.

24 de octubre de 2018: Se establece la incorporación sistemática del test, en la revisión del niño de 6 años, y el circuito de derivación de los niños a los orientadores de los colegios públicos. Se acuerda que el circuito de derivación a los colegios concertados será a través de la asesora técnica de Atención a la Diversidad.

23 de noviembre 2018: Reunión con los orientadores de los colegios públicos para aclarar dudas y concretar la fecha de reunión al final del curso escolar entre representantes de los servicios de pediatría y ellos.

30 de noviembre 2018: Validación del Test Prodiscat Pediátrico. Información a los orientadores, pediatras y Departamento de Diversidad.

Enero 2019: Obtención de los listados de los niños nacidos en 2013, que serán los que cumplan 6 años en 2019.

7 de junio 2019: Reunión en Educación de representantes de pediatría y los orientadores de los colegios públicos para intercambio de impresiones sobre: Dificultades encontradas a la hora de desarrollar el programa, comentar casos positivos,...

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

20 de diciembre 2019: Reunión con los orientadores y representantes de pediatría para ver la evolución del Programa y fijar nueva fecha de reunión que queda fijada para el día 8 de mayo de 2020.

Reuniones varias de los componentes de los equipos de pediatría de los centros de salud: Perpetuo Socorro, Pirineos, Santo Grial y Grañén.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer objetivo del proyecto era asegurar la correlación entre P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo TDAH, déficit de Atención P21, o retraso mental P85. En el listado obtenido en abril de 2018 el número de niños de 0-14 años, con episodio P24 activo eran 315 niños, tras la adecuación del episodio, son 21 los casos que realmente cumplen criterios de Dislexia. Existiendo a partir de ese momento una adecuación del 100% de los casos entre diagnóstico y episodio OMI-AP,

En cuanto al 2º objetivo, hasta diciembre de 2018 se ha conseguido un aumento en la detección de casos del 30% (objetivo marcado del 2%), a expensas de niños de 6-14 años no diagnosticados previamente o que no tenían registrado en OMI-AP ese episodio.

En cuanto al tercer objetivo, como la introducción sistemática del test a los 6 años no se realiza hasta octubre de 2018, para la valoración de resultados se coge como población a los niños nacidos en 2013 que son todos los que van cumpliendo 6 años a lo largo de 2019.

Nos planteamos como indicadores:

\*nº test realizados a los 6 años/nº total de niños de 6 años. Objetivo entre 90-100%.

\*nº test positivos a los 6 años/nº test realizados en la revisión del niño sano a los 6 años. Objetivo 5%

El número total de niños es de 658. De los cuales se excluyen 7 por distintos motivos (patología neurológica, dificultad con el idioma, van a la privada). Por lo tanto el nº de niños para evaluar es de 651. A todos los niños que han acudido se les ha realizado el test. El nº de test realizados es de 563.

Nº test realizados a los 6 años /Nº niños 6 años: 563/651. Se ha realizado el test al 86,48%

El nº de test realizados es inferior a lo planteado como objetivo (90-100%), esto se debe a que algunos niños aún no han venido a la revisión. Lo que es importante es que a todos los que han venido sí que se les ha realizado.

El nº de test positivos ha sido de 17

Nº test positivos/ Nº test realizados a los 6 años:: 17/563 3%

Se había previsto una incidencia de Dislexia del 5%. La incidencia observada es menor: 3%.

Hay algunos casos considerados como "dudosos" que no llegan a los 4 ítems positivos de corte en el test, tienen 2 ó 3. A estos niños se les repetirá el test en unos meses, considerándolos niños de riesgo y habrá que ver si más adelante se considerarán niños con dislexia.

También se han detectado casos positivos de niños de otras edades, no diagnosticados previamente: 10 niños

El 4º objetivo se ha cumplido, manteniendo reuniones diversas con el Departamento de educación. Comentando los casos derivados y haciendo propuestas de mejora del proyecto.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la correlación de episodios ha puesto de manifiesto la importancia de hacer un buen registro del diagnóstico en OMI para obtener una extracción de datos que refleje la realidad.

El mantenimiento de este proyecto queda justificado por la necesidad de conseguir una detección precoz a los 6 años y asegurar el seguimiento adecuado en el colegio. Se seguirán también los niños con test dudoso, para que no queden casos sin diagnosticar.

El contacto con Educación ha sido muy enriquecedor, ya que mismas patologías, pueden abordarse desde distintos puntos de vista.

Sería interesante que el test Prodiscat Pediátrico se pudiese incluir como plantilla en OMI, en la revisión de los 6 años del programa niño sano.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/721 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0721

Título  
MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Autores:  
DOSTE LARRULL DIVINA, LARRIPA CADENAS PATROCINIO, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

SEBASTIAN BONEL FLOR, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, USIETO GARCIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Trastorno del aprendizaje  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.

La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.

Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.

La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la "historia personal y desarrollo evolutivo", que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Asegurar la correlación entre el P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo "TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85"
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

#### MÉTODO

1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

#### INDICADORES

1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso complejo SI/NO. Diciembre 2018

#### DURACIÓN

1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso complejo SI/NO. Diciembre 2018

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADOLFO LANA MARTIN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SANTO GRIAL  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FUMANAL LACAMBRA CARMEN  
LALANA CUENCA JOSE MANUEL  
ARTERO GUILLEN BELEN  
PLANO VIDOSA MARIA PILAR  
VELDUQUE BALLARIN ARACELI

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo de mejora
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto  
Presentación del proyecto en espacios normalizados:  
Feria del libro de Barbastro  
Feria del libro de Huesca  
Mercado Medieval de Asapme  
Feria del libro de Monzón
3. Talleres de cocina quincenales
4. Sesiones educativas de habilidades sociales mensuales
5. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental:  
Convivencia con usuarios Asapme
6. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas de Psiquiatría "Arte y salud mental" Hospital San Jorge el 12/12/2018
7. Exposición del proyecto por parte de los pacientes en las Jornadas Aragonesas: La alimentación: trastornos alimenticios versus vida saludable. Hospital San Jorge, 26/02/2019
8. Próxima asistencia y realización de un taller de cocina por parte de los pacientes para el público en general en la V feria de las asociaciones Monzón y Cinca Medio 9 y 10 de marzo de 2019.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Escala Virtuales de Satisfacción: ALTO GRADO DE SATISFACCIÓN  
Grado de Cumplimento:  
• Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:  
100%  
Grado de Cumplimento:  
• Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan: alto grado de adherencia a la actividad. Se han beneficiado una media de 20 pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.

Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo en la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1221 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1221

Título  
INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

**Autores:**  
LANAO MARTIN ADOLFO, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ARTERO GUILLEN BELEN, PLANO VIDOSA MARIA PILAR, ELBOJ SASO MARTA, VELDUQUE BALLARIN ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

**TEMAS**  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
**Enfoque** .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Este proyecto de mejora surge como necesidad de continuar proyecto de mejora "Creación de un taller de escritura-terapia como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación de ULE y PSICOGERIATRÍA, desarrollado en este centro desde el año 2015.

Debido a los grandes logros obtenidos durante estos tres años, podemos decir que la experiencia ha tenido un impacto positivo en las vidas de los pacientes, y qué ha servido para desarrollar las sus habilidades sociales, evitar recaídas y mejorar su calidad de vida.

Reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto, teniendo en cuenta que el lugar adecuado para el tratamiento debe ser en el entorno social del usuario, pondremos nuestro objetivo el la comunidad, para que la intervención sea normalizadora.

La integración en la comunidad de una persona con una enfermedad mental supone uno de los mejores respaldos para su buena evolución clínica, impulsando la recuperación de su proyecto vital y la integración social, evitando así las consecuencias del estigma; rechazo, marginación y exclusión social.

La herramienta utilizada para este fin será la divulgación del libro de cocina *Apetito Común* escrito por los pacientes del CRP. Se programarán diferentes actividades e intervenciones comunitarias que permitan hacernos visibles exportando nuestro trabajo a la sociedad.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
El objetivo general:  
Articular intervenciones comunitarias con pacientes con TMG, a través de la divulgación del proyecto *Apetito Común*, trabajando la integración en la comunidad y la erradicación del estigma y la discriminación social.

**Objetivos específicos:**  
Posibilitar el descubrimiento de estas prácticas como recurso rehabilitador  
Participación activa de la comunidad  
Asegurar el derecho de ciudadanía.  
Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios  
Generar habilidades de adaptación para responder a las demandas de la vida comunitaria, que deben ser aprendidas "in situ"  
Lograr el reconocimiento social, familiar y del entorno.  
Aprender habilidades sociales  
Contribuir al desarrollo de la sensibilización social con relación al colectivo

**MÉTODO**  
1. Reuniones mensuales del grupo de trabajo multidisciplinar integrado por el equipo del CRP. Si se considera preciso, creación de subgrupos de trabajo para trabajar aspectos concretos  
2. Búsqueda de espacios comunitarios para la presentación del proyecto  
Presentación del proyecto en espacios normalizados:  
Feria del libro de Barbastro  
Feria del libro de Huesca  
Mercado Medieval de Asapme  
Presentación en la librería Cálamo en Zaragoza  
3. Contactar con diversos recursos de la ciudadanía: otros profesionales del mundo de la literatura, cocineros..  
4. Búsqueda del apoyo de otros organismos vinculados a los servicios de Salud Mental.  
5. Sesiones educativas de habilidades sociales  
6. Crear espacios de encuentro con otros profesionales y pacientes de la red de salud mental

**INDICADORES**  
1. Grado de Cumplimento:



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1221

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION COMUNITARIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: DIVULGACION DEL PROYECTO APETITO COMUN

Cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:  
Nº de reuniones de trabajo realizadas/ Nº de reuniones previstas x 100

Número de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan.

2. Escala Virtuales de Satisfacción (por parte de los usuarios)al inicio y al término del proyecto.

#### DURACIÓN

El proyecto se realizará entre el año 2018, el cronograma se divide en varias fases con distintas actividades.

#### 1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:

1. Evaluación previa de las expectativas de los pacientes: escala de satisfacción
2. Reunión quincenal de 1h de duración del grupo de pacientes apoyado para marcar los objetivos, planificar la tarea
3. Búsqueda de espacios normalizados para la presentación del proyecto y realización de los trámites burocráticos.
4. Talleres prácticos de habilidades sociales.
5. Reunión mensual de los profesionales que componen el proyecto de mejora
6. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
7. Inicio de la presentación de proyecto en espacios comunitarios (feria del libro...)

#### 2ª FASE DE DE 2018:

1. Reunión quincenal 1h de duración del grupo de pacientes apoyado por el personal donde los pacientes puedan marcar los objetivos, planificar la tarea.
2. Talleres prácticos de habilidades sociales, entrenamiento "in situ"
3. Continuación de la presentación del proyecto por parte de los usuarios en espacios comunitarios (mercado medieval, librería Zaragoza..)
4. Dos sesiones de encuentro y convivencia con profesionales/usuarios de la red de salud mental
5. Evaluación de la tarea y cumplimiento de objetivos en diciembre 2018 por parte del responsables del proyecto

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PARALED CAMPOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SARIÑENA  
· Localidad ..... SARIÑENA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

GAZOL PERIZ YOLANDA  
FELIPE VILLA BEATRIZ  
LOPEZ TORRES ANA  
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA  
GABAS LARRUY MARIA ISABEL  
PRIETO BONSON ROSA  
NARRO EDUARDO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades propuestas inicialmente y programadas dieron un pequeño giro en el mes de abril de 2018 cuando se nos propuso el AGC 2018. Realmente, toda nuestra actividad que iba dirigida hacia la participación activa en una feria agrícola y ganadera, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se dirigió hacia la elaboración de los recursos sociales para la creación de activos y la colaboración escolar

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El 9 de octubre se realiza una reunión de asociaciones y entidades de la zona con la representación de 27 entidades. A partir de aquí se elabora una base de datos con los mismos
- El 25 de octubre nos reunimos con los Servicios Sociales de la Comarca de los Monegros para poner en marcha el programa PPAP y con dos colegios (La Laguna de Sariñena y CRA Monegros Norte) pertenecientes a los colegios promotores de salud
- Se participa en las actividades ya iniciadas en estos colegios con los programas: "Taller de cocina" y "Aprendo a comer"
- Se programan para el 2019 tres campañas de salud. Para la difusión de las mismas se contará con los agentes de salud presentes en la base de datos, así como con los medios de comunicación locales.
- Se propone crear la Agenda Comunitaria

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Uno de los objetivos principales de este proyecto ha sido contactar con la población y tratar de sacar la salud a la calle. Creemos que esto se está logrando y es por ello por lo que nuestro siguiente paso es la creación de una Agenda Comunitaria para el seguimiento y evaluación de las distintas participaciones sobre y con la población

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/743 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0743

Título  
TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Autores:  
PARALED CAMPOS MARIA TERESA, GAZOL PERIZ YOLANDA, FELIPE VILLA BEATRIZ, LOPEZ TORRES ANA, BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, PRIETO BONSON ROSA, ABADIAS PEÑA MARINA, VERA BELLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Promoción y prevención de la salud  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

##### PROBLEMA

##### 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 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, junto con las CCAA y sociedades científicas, ha elaborado la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013, con el objetivo de conseguir ganar años de vida en buena salud y libres de discapacidad y se desarrolla en el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y tiene su vigencia hasta 2020.

El ámbito local es un lugar idóneo para mejorar la salud de la población, trabajando conjuntamente entre sectores y contando con la participación de la ciudadanía.

La estrategia elaborada para la implementación local supone la puesta en marcha y desarrollo de dos acciones clave que deben ir precedidas de la Adhesión del municipio a la Estrategia y que son:

Constitución de una mesa de coordinación intersectorial en el municipio.

Identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en el municipio (mapeo de recursos)

Este proyecto está enfocado a abordar la segunda acción: identificación de recursos para la promoción de la salud y la prevención en los municipios pertenecientes a la Zona básica de salud de Sariñena (Sector I Huesca) y la participación en ellos.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Informar a la población sobre la importancia del ejercicio físico y deporte para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Informar a la población de los recursos locales para el desarrollo de la actividad física

Interactuar con asociaciones, instituciones y empresas locales para fomentar la prevención de la enfermedad y promoción de la salud

Dar a conocer a la población la importancia de la salud como bien comunitario.

Analizar la percepción del estado de salud de la población

##### MÉTODO

Elaboración de un documento "Queda con tu salud" en el que figuren los distintos recursos físicos para la práctica del ejercicio físico y el deporte en la ZBS.

Elaboración de dos postérs:

1. Recursos de asociaciones

2. Recursos físicos

Presentación de dicho documento en el entorno de FEMOGA 18 (Feria agrícola y ganadera de Monegros) aprovechando la captación, influencia y afluencia que esta feria tiene sobre la población de la zona.

Desarrollo de una jornada de salud encuadrada en la programación de dicha feria y basada en la oferta de actividades físicas para el curso 2018/19 por parte de asociaciones, clubes deportivos e instituciones privadas y públicas

Realizar el Cuestionario de salud SF12 a los participantes en dicha jornada

##### INDICADORES

1. N° de entidades (asociaciones, clubes, instituciones,...) que participan en la actividad

2. N° de personas que participan en la jornada de salud de la FEMOGA 18

3. N° de Cuestionarios SF12 realizados en dicha actividad

##### DURACIÓN

Mayo 18:

Elaborar las cartas informativas a los ayuntamientos y comarca para recoger la información de las posibles entidades colaboradoras

Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Yolanda Gazol Périz

Elaborar las cartas para solicitar la colaboración de las entidades.

Responsables: Ana López Torres y Eduardo Narro

Junio 18:

Recogida de información y respuesta de los entes colaboradores

Responsables: Maribel Gabas Larruy y Ana López Torres

Propuesta de actividad a FEMOGA 18

Responsables: M. Teresa Paraled Campos y M. Victoria Burgos

Julio 18:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0743

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE SALUD COMUNITARIA

Elaboración de documento "Queda con tu salud"  
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Rosa Prieto  
Elaboración de pósters  
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Eduardo Narro

Reunión con las distintas entidades para organizar la jornada de salud  
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Beatriz Felipe

Presentación del del documento "Queda con tu salud" en el marco de actividades de FEMOGA 18  
Responsables: M. Teresa Paraled Campos Y Marina Abadías

Desarrollo de la jornada de salud en el marco de actividades de FEMOGA 18  
Responsables: M. Teresa Paraled Campos y Marina Abadías

Noviembre 18:

Evaluación de resultados  
Responsables: M. Teresa Paraled Campos

Presentación de resultados  
Responsables: M. Teresa Paraled Campo

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GAZOL PERIZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SARIÑENA  
· Localidad ..... SARIÑENA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PRIETO BONSON ROSA  
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS  
BORNAO CASAS SARA  
LOPEZ TORRES ANA  
GABAS LARRUY MARIA ISABEL  
FELIPE VILLA BEATRIZ  
ALCUBIERRE OTO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta  
Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"  
Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"  
Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs, puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Noviembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST  
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios  
Enviar a gerencia de atención primaria el RIF.

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tasa de registro de Zarit alcanzada: 94%.  
Tasa de registro de Pie diabético alcanzada: 71%.  
Tasa de registro de intervención del tabaco alcanzada: 73%.  
Se han cumplido los objetivos del Proyecto de calidad: "Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"  
Se han cumplido los objetivos del proyecto de salud comunitaria: "Quedas por tu salud"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo está trabajando hacia unos objetivos comunes con una mejora de la formación en el registro OMI de indicadores.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/817 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0817

Título

MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Autores:

GAZOL PERIZ YOLANDA, BORNAO CASAS SARA, LOPEZ TORRES ANA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, FELIPE VILLA BEATRIZ, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, ALCUBIERRE OTO ANA, LAFONTANA GRACIA VANESSA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que lleven a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.

En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: "Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo"

El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.

El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:

Mejorar los registros de:

Zarit  
Pie diabético  
Detección de tabaco  
Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta  
Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.

El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%

Alcanzar una tasa de registro de Pie diabético de: 60%

Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%

Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"

Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: "Talleres de educación comunitaria" y "Quedas por tu salud"

##### MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE )

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:

Realización del Zarit  
Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético  
Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos

Responsable: M. Jesús Ullod Borrueil (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Pérez

##### INDICADORES

Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).

Personas = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)  
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

#### DURACIÓN

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta  
23 de mayo: Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"  
30 de mayo: Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"  
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

6 de junio: Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"  
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST  
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GAZOL PERIZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SARIÑENA  
· Localidad ..... SARIÑENA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PRIETO BONSON ROSA  
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS  
LOPEZ TORRES ANA  
BORNAO CASAS SARA  
FELIPE VILLA BEATRIZ  
ALCUBIERRE OTO ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Mantener el grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto  
Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE )  
2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:  
27/02/19 Organización de las actividades de Enfermería.  
29/05/19 Resultados de ACG 2018 y presentación de ACG 2019.  
26/06/19 Indicadores de EPOC y polimedicado.  
20/11/19 Uso de inhaladores en AP.  
Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)  
3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos  
Responsable: M<sup>a</sup> Jesús Ullod Borrueal (DUE).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de pacientes ancianos polimedicados (>75 años) a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería.- 38%.  
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.- 43.10%.  
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.- 40.52%.  
Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo.- 30.61%.  
Personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco.- 50.01%.  
Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo.- 72.63%.  
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit.- 54.17%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es preciso la instauración de un plan de formación coherente para el equipo de AP que permita hacer un seguimiento del trabajo a desarrollar diariamente y aumente el compromiso profesional para el establecimiento del registro de los programas de salud.  
En ocasiones la falta de tiempo provocada por la presión asistencial y la dispersión geográfica, impide el registro correcto.  
La itinerancia de los profesionales y el no mantener plantillas estables impide que el proyecto de calidad tenga un seguimiento

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/817 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0817

Título  
MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Autores:  
GAZOL PERIZ YOLANDA, BORNAO CASAS SARA, LOPEZ TORRES ANA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, FELIPE VILLA BEATRIZ, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, ALCUBIERRE OTO ANA, LAFONTANA GRACIA VANESSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología .....: Otro (especificar en el apartado siguiente)



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que lleven a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.

En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: "Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo"

El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.

El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:

Mejorar los registros de:

Zarit

Pie diabético

Detección de tabaco

Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta

Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.

El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%

Alcanzar una tasa de registro de Pie diabético de: 60%

Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%

Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena"

Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: "Talleres de educación comunitaria" y "Quedas por tu salud"

#### MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Pérez (DUE )

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:

Realización del Zarit

Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético

Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos

Responsable: M. Jesús Ullod Borrueal (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Pérez

#### INDICADORES

Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).

Personas = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)

Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)

Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817**

**1. TÍTULO**

**MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC**

**DURACIÓN**

Mayo 18:

Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta  
23 de mayo: Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"  
30 de mayo: Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"  
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:

6 de junio: Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"  
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:

En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:

Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST  
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:

Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

### 1. TÍTULO

#### QUEDADAS POR TU SALUD

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA BORNAO CASAS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SARIÑENA  
· Localidad ..... SARIÑENA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

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

NICAS FIANCES CARMEN  
CORTES MARIA DOLORES  
GIL GALAN SILVIA  
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA  
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS  
BROTO CARTAGENA ASCENSION  
GRASA ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 18:  
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:  
Elaboración de información para entregar en consulta. La actividad se realiza todos los viernes de 10 a 11h.  
Lugar: centro de salud de sariñena  
Elaboración de carteles informativos en el Centro de Salud  
Elaboración de la agenda comunitaria en OMI con el registro de los pacientes incluidos en la actividad  
La actividad incluye ejercicios de calentamiento, aeróbicos y estiramientos

Septiembre y Octubre 18:  
Comunicar al EAP los criterios de inclusión y forma de derivación para acceder a la actividad

Diciembre 18:  
Evaluación de los indicadores

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realizar la actividad 1h/semana  
Se ha realizado la actividad una vez a la semana  
Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"  
Acuden entre 6 y 8 pacientes semanales (100% de los derivados)  
Encuesta de satisfacción tras 6 meses de participación  
Valoración positiva

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La participación y satisfacción por parte de los usuarios favorece la continuidad de este proyecto de calidad.  
Queda pendiente fomentar la divulgación del mismo a través de los medios de comunicación

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1054 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1054

Título  
QUEDA POR TU SALUD

Autores:  
BORNAO CASAS SARA, NICAS FIANCES CARMEN, CORTES MELERO MARIA DOLORES, GIL GALAN SILVIA, BROTO CARTAGENA ASCENSION,  
BURGOS DIAZ MARIA VICTORIA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, GRASA ARNAL ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

### 1. TÍTULO

#### QUEDADAS POR TU SALUD

Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: ATENCION AL ADULTA  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La ZBS de Sariñena se caracteriza por tener un 26,27% de población mayor de 65 años, con una bajo nivel socioeconómico y un 14% de población inmigrante.  
La inactividad física supone, en sí misma, un factor de riesgo de mortalidad ( el cuarto según la lista de FR atribuibles a la mortalidad según la OMS)independiente del resto de factores de riesgo. Es la responsable del 6% del total de las muertes  
El riesgo de muerte no sólo se relaciona con la inactividad física. La mayoría de estudios demuestran que este riesgo aumenta cuanto peor es la condición física. Existe evidencia científica que pon de manifiesto la relación entre el sedentarismo, la inactividad física y el proceso de salud/enfermedad  
Basándonos en el Plan estratégico para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad: " La actividad física asocia múltiples beneficios para la salud, en todas las edades, en ambos sexos y en diferentes circunstancias socioeconómicas.  
Ser físicamente activo es muy relevante para mejorar y mantener la salud de las personas, para la prevenir numerosas enfermedades crónicas y situaciones de riesgo y para mejorar el curso de algunas de ellas"  
Consideramos como prioridad estratégica de trabajo en nuestra ZBS la necesidad de promover la actividad física.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar a la población de la importancia que tiene la actividad física diaria sobre el proceso salud-enfermedad.  
Aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales y reforzar su mantenimiento en aquellos que las cumplen  
Dar a conocer las actuales recomendaciones del SNS sobre la actividad física.  
Reducir el sedentarismo

#### MÉTODO

1. Crear un grupo de trabajo para la revisión de este proyecto y ajustarlo a las necesidades actuales
2. Informar al EAP de la oferta de este servicio en una de las sesiones que realiza los miércoles
3. Elaborar hojas informativas y/o marcapáginas sobre estrategias de promoción de salud y prevención para entregar en consulta
4. Hacer carteles informativos para el Centro de salud y consultorios
5. Informar a la población a través de los medios de comunicación locales y comarcales
6. Difundir la actividad desde el proyecto de calidad de "Talleres para la comunidad"
7. Difundir la actividad a través de las distintas asociaciones locales: mayores, mujeres, ...

Responsable: Sara Bornao Casas

#### INDICADORES

Nº de usuarios que acuden a las "Quedadas"/nº de usuarios a los que se les ha recomendado dicha actividad (OMI registro de recomendación de ejercicio físico)  
Nº de asistentes a las sesiones informativas en las diferentes asociaciones/Nº de asociados a las asociaciones convocadas  
nº de usuarios que han acudido a las quedadas y que han incorporado el ejercicio físico en su vida diaria/nº de usuarios que han acudido a las quedadas

#### DURACIÓN

Mayo 18:  
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta

Junio y julio 18:

Elaboración de información para entregar en consulta  
Elaboración de carteles informativos para el Centro de Salud y consultorios  
Elaborar la información para transmitir a través de los medios de comunicación locales y comarcales

Septiembre y Octubre 18:

Comunicar al EAP la información generada para el cumplimiento de la actividad  
Contactar con las distintas asociaciones locales

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1054

### 1. TÍTULO

#### QUEDADAS POR TU SALUD

Contactar con medios de comunicación local para la difusión de la actividad

Diciembre 18:

Evaluación de los indicadores y hacer un ejercicio de retroalimentación del proyecto

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GIL GALAN  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... CS SARIÑENA  
· Localidad ..... SARIÑENA  
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En junio de 18 se realizan las encuestas telefónicas de la escala EVA y del Cuestionario SF 12 para iniciar el tratamiento en grupos de espalda. En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento. De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? N° de pacientes tratados con patología aguda: 27  
? N° de pacientes tratados con patología crónica: 295  
? Lista de espera generada en a los 6 meses de aplicación de las actividades: 2 meses  
? N° de usuarios que contestan a la escala de dolor EVA  
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

- N° de usuarios que contestan al cuestionario de salud SF-12  
nª de usuarios que pasan por el servicio al año

En octubre de 18 se vuelve a realizar otra encuesta telefónica a 44 pacientes, que habían participado en las sesiones grupales de espalda, para valorar la adherencia al tratamiento. De ellos, 12 siguen realizando ejercicios, 13 no los realizan, 7 a veces y 12 pacientes NS/NC por lo que se obvia el paso del as encuestas como indicadores del proyecto de calidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hay adherencia al tratamiento de fisioterapia

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/182 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0182

Título  
GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Autores:  
GIL GALAN SILVIA, CAMPO REVILLA ISABEL, PPARALED CAMPO MARIA TERESA, ABADIAS PEÑA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades osteomuscular/ osteoarticular/ EPOC  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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...

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD SARIÑENA

La ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extranjera. El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1 auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioterapeuta de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata: Casi el 75% de patología tratada ha sido patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.

Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.

Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan

Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.

La elaboración de un protocolo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.

Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.

Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

#### MÉTODO

##### REUNIONES:

Mínimo 1 vez / mes.

En Abril 2018 redacción del protocolo.

Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.

Dic 2018: Evaluación de indicadores.

##### RECURSOS MATERIALES:

Ordenador.

Excell.

Power point.

#### INDICADORES

Nº de pacientes tratados con patología aguda.

Nº de pacientes tratados con patología crónica.

Lista de espera generada en un año

#### DURACIÓN

##### CALENDARIO PREVISTO:

Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

### 1. TÍTULO

#### GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GIL GALAN  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... CS SARIÑENA  
· Localidad ..... SARIÑENA  
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PARALED CAMPOS MARIA TERESA  
ABADIAS PEÑA MARINA  
SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
-Realización de tratamientos individuales en patologías agudas.  
-Realización de actividades de EpS en patologías crónicas  
-Realización de talleres en patología crónica para garantizar la adhesión al tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Nº de pacientes tratados con patología aguda DURANTE EL AÑO 2019: 98  
Nº de pacientes tratados con patología crónica DURANTE EL AÑO 2019: 204  
Total de pacientes citados y no acuden: 51  
Lista de espera A DICIEMBRE DE 2019: 1 mes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
EN ENERO DE 2019, LA PROFESIONAL TITULAR DEL ESTE PROYECTO, SILVIA GIL GALÁN, SE TRASLADA DE COMUNIDAD AUTÓNOMA DEJANDO EL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE FST DEL CENTRO DE SALUD IMPLANTADO POR LO QUE LO PONE EN PRÁCTICA LA NUEVA PROFESIONAL, LUCÍA ROSA SECORUN ENJUANES. DICHO PROYECTO REQUIERE UN BREVE CAMBIO DE INDICADORES AL NO PASAR LAS ENCUESTAS PLANTEADAS. POSITIVAMENTE, EL PROBLEMA INICIAL QUE FUE LA LARGA LISTA DE ESPERA, NO SÓLO SE CORRIGE SINO QUE TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN, DICHA LISTA DE ESPERA SIGUE SIN AUMENTAR CON UN BUEN ACCESO AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD

7. OBSERVACIONES.  
SOLICITO ACEPTEN LA REALIZACIÓN DE LA MEMORIA AÚN NO SIENDO TITULAR DEL PROYECTO DEBIDO A LAS DIFICULTADES DE LA TITULAR QUE SE ENCUENTRA EN OTRA CCAA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/182 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0182

Título  
GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Autores:  
GIL GALAN SILVIA, CAMPO REVILLA ISABEL, PPARALED CAMPO MARIA TERESA, ABADIAS PEÑA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades osteomuscular/ osteoarticular/ EPOC  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
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 ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extrajera.  
El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

### 1. TÍTULO

#### GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioterapeuta de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata:  
Casi el 75% de patología tratada ha sido patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.  
Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.  
Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan  
Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.  
La elaboración de un protocolo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.  
Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.  
Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

#### MÉTODO

##### REUNIONES:

Mínimo 1 vez / mes.

En Abril 2018 redacción del protocolo.

Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.

Dic 2018: Evaluación de indicadores.

##### RECURSOS MATERIALES:

Ordenador.

Excell.

Power point.

#### INDICADORES

Nº de pacientes tratados con patología aguda.

Nº de pacientes tratados con patología crónica.

Lista de espera generada en un año

#### DURACIÓN

##### CALENDARIO PREVISTO:

Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 09/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA GUILLEN LORENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP HUESCA  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO GASCON ANA MARIA  
ELDUQUE PALOMO AMADEO  
ELFAU MAIRAL MARIA  
ALLER BLANCO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Implantación de TAONet para el seguimiento de pacientes en tratamiento con AC orales no Directos.  
Formación en la herramienta.  
Revisión de la correcta indicación de los tratamientos anticoagulantes.  
Revisión de los criterios de seguimiento y control de la seguridad del paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de Impacto en cobertura (%):

(Población en tto ACO cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net)/(Población en tratamiento anticoagulante oral) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 1884 pacientes/3003 pacientes x 100= 62%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:

(Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 84,8%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica:

(Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/(Número total pacientes con ACOD) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 59,34%

Puntuación (0-10 puntos): 0 puntos

Fuente de datos: Query de OMI y Receta electrónica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Retraso en el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre, la formación inicial fue en julio. Habiendo detalles que no se habían integrado bien que hasta final de octubre no se pudieron corregir.
- El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto, cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos ha llevado a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. Este seguimiento en nuestro sector se está haciendo desde la consulta de enfermería de hematología, por lo que esperamos a enero a desarrollar el circuito de derivación y formación necesaria a los profesionales.
- El desconocimiento de la tasa de pacientes anticoagulados en el Sector y su ajuste a las tasas de la Comunidad Autónoma y España; así como de los datos de seguimiento de dichos pacientes; junto con la lentitud en la implantación del programa en el Sector.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/24 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0024

Título

REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

**Autores:**  
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD ( anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.  
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.  
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.  
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP, el autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.  
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI  
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.  
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,...)  
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.  
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.  
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.  
Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD  
Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD  
Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.  
Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI  
Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD ( FG)

#### MÉTODO

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD

Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024**

**1. TÍTULO**

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA**

INDICADORES

Número de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.  
Nºde pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados ( en %)  
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD ( en %)  
Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD ( en %)  
Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO  
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD ( en %)  
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD ( en %)

DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados  
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA GUILLEN LORENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP HUESCA  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CALVO GASCON ANA MARIA  
ELDUQUE PALOMO AMADEO  
ELFAU MAIRAL MARIA  
ALLER BLANCO ANA  
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Instalación de TAONET. Se retrasó el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre de 2018. Hubo detalles que no se habían integrado bien y hasta final de octubre no se pudieron corregir.
- Formación a los profesionales en TAONet. La formación inicial fue en julio 2018.
- Realización de protocolo de tratamiento y seguimiento de los pacientes anticoagulados en la modalidad de autocontrol en el Sector de Huesca. Abril-Mayo 2019. Protocolo PO-17\_HU(P)E. Revisión A. "Circuito de captación, formación y seguimiento del paciente en autocontrol en Terapia Anticoagulante Oral en Atención Primaria" (colgado en la plataforma para la Calidad Asistencial).
- Formación a los profesionales en gestión de autocontrol. El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto y el cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos llevó a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. La formación se hizo el día 5 de abril de 2019.
- Inclusión del autocontrol. El día 23 de mayo se trasladó a los Centros toda la documentación necesaria para iniciar el autocontrol que incluía la cartilla-guía para facilitar el seguimiento de los autoanálisis y dosificación.
- En el mes de septiembre de 2019 se envió a los Centros de Salud sus resultados intermedios del primer semestre respecto a la correcta asociación del ACOD al episodio de OMI. También se envió un listado con los pacientes ACOD que disponían de un dato de Filtrado Glomerular en el primer semestre y los que no tenían la determinación realizada.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador de Impacto en cobertura (%): (Población en tto ACO con anti-Vit K cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net )/(Población en tratamiento anticoagulanteoral con anti-Vit K ) x100

ESTÁNDAR 2019: 60-70%

Resultado: Numerador: 1086, denominador: 1709. Total: 63,55%

Fuente: TAONet y Farmasalud.

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100

ESTÁNDAR 2019: 75-85%

Resultado: Numerador: 1023, denominador: 1324. Total: 77,27%

Fuente: Receta electrónica

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/ (Número total pacientes con ACOD) x100

ESTÁNDAR 2019: 80-95%

Resultado: Numerador: 1227, denominador: 1324. Total: 92,67%

Fuente: Laboratorio Izasa y Receta electrónica

• Porcentaje de EAP en los que se ha instaurado el seguimiento de los pacientes en Autocontrol

ESTÁNDAR: 40-60%

Resultado: Numerador: 4, denominador: 13. Total: 30,77%

Durante el 2019 se estableció el autocontrol en 4 Centros de salud, a saber: 1 paciente en CS Jaca, 1 en Santo Grial y 1 en Huesca Rural y 2 pac. en CS Ayerbe. No se encontraron pacientes en Berdún susceptibles de implantar el autocontrol.

Fuente: TAONet

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de TAONet ha mejorado el seguimiento y control de los pacientes que llevan tratamientos con ACO. Permite la dosificación de las personas en tratamiento con warfarina. Facilita la dosificación partida, la modificación de dosis y la inclusión de heparina en personas con tratamientos anti Vitamina K. Permite la visualización de los resultados en Historia Clínica Electrónica y la transferencia de datos al laboratorio del Hospital para aquellos pacientes cuya dosificación la realiza Atención Especializada. También permite el seguimiento de las personas tratadas con ACOD.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

El retraso en la implantación del autocontrol de pacientes con ACO anti Vitamina K y la existencia de una consulta de autocontrol en Atención Especializada que ya ofrece este servicio ha propiciado un retraso en su desarrollo en AP. Entendemos no obstante que en zonas rurales que cuentan con una menor accesibilidad a esta consulta ubicada en el hospital San Jorge el autocontrol facilitará una mejor calidad de vida y autonomía para la vida activa o laboral de estas personas que viven en zonas alejadas de la capital. En Enero de 2020 se sumarán 4 nuevos pacientes en el CS de Biescas a los 5 ya iniciados

No nos ha sido factible extraer datos de forma fiable para conocer las complicaciones hemorrágicas o de ictus de los pacientes con ACOD. Los datos de aumento de esta terapia en el Sector nos obliga a una mejora en el seguimiento de la adherencia de estos fármacos así como a educar a los pacientes y sus familiares en signos de alarma de complicaciones derivadas de los mismos. Habría que investigar cuántos de los pacientes con ACOD en receta electrónica han sido incorporados en TAOnet ya que su alta en el sistema facilitaría la aparición del icono en OMI y por tanto le daría una mayor visibilidad.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/24 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0024

Título  
REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Autores:  
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD ( anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.  
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.  
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.  
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP, el autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.  
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI  
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.  
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,...)  
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.  
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.  
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.

Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD

Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD

Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.

Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI

Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD ( FG)

#### MÉTODO

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD

Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

#### INDICADORES

Número de pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales.

Nº de pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados ( en %)

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD ( en %)

Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD ( en %)

Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD ( en %)

Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD ( en %)

#### DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados  
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024**

**1. TÍTULO**

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Fecha de entrada: 08/01/2019

2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP HUESCA  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GUILLEN LORENTE SARA  
CALVO GASCON ANA MARIA  
ELFAU MAIRAL MARIA  
ALLER BLANCO ANA ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- No se ha podido habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test han sido pasos baldíos que no han llevado a ningún puerto. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP.
- La inclusión de la realización del test ha llevado previamente a varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo, y a la realización de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba y unas instrucciones precisas del envío. La organización de un sistema de valija y de su correspondiente método de envío desde los centros a la consulta de digestivo.
- En el contexto del Servicio de Digestivo tienen pautas de tratamiento de la dispepsia diferentes entre sí, y si las comparamos con las GPC actuales, pautas que pensamos deberían de ser las establecidas en nuestro Sector.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La priorización de la realización de esta prueba se ha centrado en los equipos rurales quienes presentan a día de hoy una población alrededor de los 53.030 habitantes (49% de la población del Sector). En el momento actual, está realizándose el test en Grañén, Almudévar, Sabiñánigo, Hecho y Berdún.

-Indicador de Impacto en cobertura (%):

(Población rural incluida en la realización del test de H.Pylori en AP en el Sector Huesca en 2018 )/(Población total rural del Sector de Huesca) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 20522 hab/52997 hab x 100= 38,7%

Puntuación (0-10 puntos): 4,25 puntos

-Indicador de Actividad de cambio de oferta:

(Difusión de la formación en realización del Test H.Pylori)/(Número total de los EAP del sector) x100

RANGO Contemplado 2018: 80-100%

Resultado: 14/14=100%

Puntuación (0-10 puntos): 10 puntos

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La expansión final del test en el resto de centros se realizará a lo largo de este primer trimestre de 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/25 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0025

Título

REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:

ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.

No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

##### RESULTADOS ESPERADOS

###### OBJETIVOS

Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP

Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

###### MÉTODO

Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

###### INDICADORES

Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

Número total tests HP realizados en AP

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

#### DURACIÓN

|   |                        |
|---|------------------------|
| Realización de protocolo del Sector         | Primer trimestre AP_AE |
| Compra de test HP desde Farmacia AP         | Enero 2018             |
| Formación en realización test HP            | hasta mayo del 218 DAP |
| Formación enfermería ICV                    | marzo abril 2018 AP_AE |
| Formación en protocolo dispepsia y errad HP | Abril Agosto DAP AE    |
| Creación buzón ICV Test HP en HCE           | SSCC enro 2018         |
| Evaluación desarrollo                       | Diciembre DAP          |

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

### 1. TÍTULO

#### REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

#### 2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... DAP HUESCA
- Localidad ..... HUESCA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... HUESCA

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

GUILLEN LORENTE SARA  
ELFAU MAIRAL MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Compra de test HP desde Farmacia AP (enero 2018)
- Ordenación del sistema de valija. Se realizaron varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo.
- Formación en realización test del HP. Durante el 2018 se realizó la formación de los profesionales de enfermería en los 14 Centros de Salud a través de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba. Y se procedió a la transmisión de las instrucciones precisas para el envío del test por valija a la consulta de digestivo del Hospital San Jorge.
- Se envió a cada Centro de Salud el resultado intermedio de realización del test. (número de pacientes a los que se les había realizado el test del Helicobacter en el propio Centro sobre el total de peticiones realizadas de realización del test a pacientes del Centro).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador de Impacto en cobertura (%): Test de HP en los que se realiza obtención de la muestra en AP/ Total de test de HP realizadas en nuestro Sector x 100  
Se estableció un estándar 60-80% en las reuniones de seguimiento del CP.  
Resultado 2019: 81,83% (1378 test realizados en AP/ 1684 test totales en el Sector.  
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (los datos corresponden al periodo comprendido desde abril a diciembre de 2019, 9 meses, y se han obtenido mensualmente mediante registro manual)  
-Indicador de Actividad de cambio de oferta: (Nº de Centros con consulta monográfica de realización del test de HP activa /Número total de los EAP del sector) x100  
RANGO Contemplado 2019: 100%  
Resultado 2019: 14/14=100%.  
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (registro manual).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El principal objetivo se ha conseguido. Todos los Centros de Salud del Sector ofertan y realizan los test de HP mediante consultas monográficas de sus correspondientes Zonas Básicas de Salud.  
El proyecto está implantado y es sostenible y refuerza el papel de AP en la mejora de la accesibilidad al test descongestionando la Atención Especializada.  
No se pudo crear el buzón ICV Test HP con V-test en HCE. No se pudo habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test fueron pasos infructuosos. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP. Para poder habilitar la vía telemática se debería hacer el test con Taukit.  
No se pudo consensuar con AE una pauta guía de tratamiento para nuestro Sector. En la actualidad desde AP, y en un intento por eliminar la variabilidad clínica, se están revisando las aportaciones que desde la Asociación Española de Gastroenterología se hacen en relación con las Dispepsia en el proyecto INFOGASTRUM.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/25 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0025

Título  
REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:  
ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

### 1. TÍTULO

#### REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.

No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

##### RESULTADOS ESPERADOS

###### OBJETIVOS

Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP

Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

##### MÉTODO

Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

##### INDICADORES

Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

### 1. TÍTULO

#### REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Número total tests HP realizados en AP

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

#### DURACIÓN

|   |                        |
|---|------------------------|
| Realización de protocolo del Sector         | Primer trimestre AP_AE |
| Compra de test HP desde Farmacia AP         | Enero 2018             |
| Formación en realización test HP            | hasta mayo del 218 DAP |
| Formación enfermería ICV                    | marzo abril 2018 AP_AE |
| Formación en protocolo dispepsia y errad HP | Abril Agosto DAP AE    |
| Creación buzón ICV Test HP en HCE           | SSCC enero 2018        |
| Evaluación desarrollo                       | Diciembre DAP          |

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO GASCON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... DAP HUESCA  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELDUQUE PALOMO AMADEO  
GUILLEN LORENTE SARA  
ELFAU MAIRAL MARIA  
ALLER BLANCO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.

Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAP del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.

Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores seleccionados para este proyecto son 3:

Indicador de Actividad:

(nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1)/(EAP Sector Huesca) x100

RANGO Contemplado 2018: 60-80%

Resultado: 71,42%

Puntuación (0-10 puntos): 5,5 puntos

Indicador de Impacto:

(nº de EAP con activ de educación diabetológica)/(nº de EAP con act.comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes ) x100

RANGO Contemplado 2018: 30-50%

Resultado: 4 de un total de 10 centros: 40%

Puntuación (0-10 puntos): 5 puntos

Indicador de Impacto:

(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro)/(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin?insulina ) x100

Rango Contemplado: disminución del 20% del valor inicial del 6,12% al 4,9% de pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin ?insulina con glucómetro.

Resultado: 5,21%

Puntuación (0-10 puntos): 7,5 puntos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valorando los resultados hay que seguir trabajando la continuidad asistencial entre los diferentes niveles asistenciales para un óptimo seguimiento de estos pacientes, y continuar en la línea "No hacer" en las actuaciones propias de atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/336 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0336

Título

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Autores:

CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336**

**1. TÍTULO**

**PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2**

**TEMAS**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina  
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE  
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de situación de inestabilidad, con glucómetros  
Control glucémico en consulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2  
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacientes DM tipo 1

**RESULTADOS ESPERADOS**

Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia  
Suministrar el material de los pacientes DM tipo 1 desde los EAP  
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.  
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

**MÉTODO**

Realizar protocolo del Sector  
Suministro del material en la consulta de AP  
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.  
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias  
Evaluar resultados

**INDICADORES**

Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia/ N° de pacientes con DM tipo 1 (en %) 90%  
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros  
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina ( en %) Mejorar en un 20% el valor inicial  
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

**DURACIÓN**

Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018  
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP  
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018  
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018  
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO GASCON  
• Profesión ..... MEDICO/A  
• Centro ..... DAP HUESCA  
• Localidad ..... HUESCA  
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
• Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ELDUQUE PALOMO AMADEO  
ALLER BLANCO ANA ISABEL  
ELFAU MAIRAL MARIA  
CEREZUELA SAMPER CARMEN  
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.

Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAP del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.  
Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.  
Creación de una CARPETA compartida con la Dirección de AP en todos y cada uno de los Centros de Salud para el desarrollo de esta estrategia (material educativo, listados de pacientes...)  
Envío de listados a los Centros de Salud con los pacientes diabéticos a los que se les estaban entregando tiras de control de glucemia cuando en sus tratamientos no figuraba ni la insulina ni ningún antidiabético oral hipoglucemiante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Indicador de Actividad: (nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1 )/(EAP Sector Huesca) x100  
RANGO Contemplado 2019: 100%  
Resultado: Numerador: 14, denominador: 14. Total 100%  
Fuente: Dirección de Atención Primaria.

Indicador de Impacto: (nº de EAP con activ de educación diabetológica )/(nº de EAP con act. comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes ) x100  
RANGO Contemplado 2019: 30-50%  
Resultado: Numerador: 2, denominador: 14. Total 14,29%. Los Centros de Salud que contaron con una actividad específica de educación diabetológica en sus agendas fueron Santo Grial y Grañén.  
Fuente: OMI.AP

Indicador de Impacto: (Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes con glucómetro) / (Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes insulina ) x100  
Rango Contemplado 2019: 6-4%.  
Resultado: Numerador: 140, denominador: 4896. Total: 2,86%  
Fuente: OMI.AP y Receta electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la accesibilidad a los materiales para pacientes diabéticos tipo 1. Todos los Centros de Salud proveen de los materiales a estos pacientes en su lugar de residencia.  
Se ha conseguido una mayor eficiencia del uso de tiras de glucemia restringiéndose su uso únicamente a los pacientes en tratamientos con insulina o ADOs hipoglucemiantes (sulfonilureas y meglitinidas)  
Hay que seguir fomentando la educación diabetológica grupal ya que el grupo es el contexto idóneo para favorecer el aprendizaje, por la interacción entre los participantes, y facilita el apoyo y ayuda mutua para la toma de decisiones y mantenimiento de los estilos de vida saludables. La inclusión de esta educación en un indicador de los Acuerdos de Gestión Clínica de los Centros debe motivar su implementación.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/336 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0336

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

##### Autores:

CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina  
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE  
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de situación de inestabilidad, con glucómetros  
Control glucémico en consulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2  
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacientes DM tipo 1

##### RESULTADOS ESPERADOS

Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia  
Suministrar el material de los pacientes DM tipo 1 desde los EAP  
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.  
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

##### MÉTODO

Realizar protocolo del Sector  
Suministro del material en la consulta de AP  
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.  
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias  
Evaluar resultados

##### INDICADORES

Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermería del EAP de referencia/ Nº de pacientes con DM tipo 1 (en %) 90%  
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros  
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina (en %) Mejorar en un 20% el valor inicial  
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

##### DURACIÓN

Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018  
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP  
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018  
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018  
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336**

**1. TÍTULO**

**PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2**

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1076

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA NIEVES BAENA JIMENEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE  
GUERRI LLES YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
· Realización del diseño del "Programa de Sesiones" semanales  
· Realización del Power Point de las sesiones teóricas  
· Realización de las "Tarjetas de supuestos prácticos"  
· Realización de documento de "Recomendaciones al alta"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
· Desarrollo de las sesiones psicoeducativas que conforman el programa: Se ha realizado el desglose de cada una de las 7 sesiones que conforman el Programa (contenido teórico y recursos materiales necesarios: Test, power point y tarjetas con supuestos prácticos)  
· Implementación del Programa de Adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME: No se ha podido implementar por el momento por ser un módulo dentro de Psicoeducación y Educación para la Salud del CRP y se están actualmente impartiendo otros módulos. Se prevee llevarlo a cabo en un mes aproximadamente. Los resultados que se pretenden conseguir es concienciar de la importancia de la adherencia al tratamiento en pacientes con TMG, que lo incluyan en su vida diaria y lo puedan mantener a lo largo del tiempo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
No se puede llegar a ninguna conclusión de momento ya que no se ha implementado el programa aún. Desde el equipo de mejora creemos que es un tema que siempre suele estar presente en este centro y se destaca la importancia de su sostenibilidad en el tiempo porque lo consideramos un tema muy relevante con un gran impacto tanto para el usuario, familia, sistema sanitario, etc. Se podrá ir incluyendo nueva información obtenida a lo largo del tiempo para mejorar y actualizar el programa.

7. OBSERVACIONES.  
Pendiente de implementarlo próximamente.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1076 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1076

Título  
PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Autores:  
BAENA JIMENEZ MARIA NIEVES, GUERRI LLES YOLANDA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La OMS define la adherencia a un tratamiento cómo el seguimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo indicado. Además, incluye acudir a las citas previstas con el personal sanitario, desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1076

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN TMG EN CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

En el caso de las personas con trastorno mental grave, la falta de adherencia terapéutica se produce con más frecuencia que en otro tipo de enfermedades crónicas. Esto se debe, entre otras cosas, a la falta de conciencia de enfermedad, a los efectos adversos de la medicación, olvidos de la toma, a la falta de alianza terapéutica, etc. Dentro de la rehabilitación de las personas con TMG es imprescindible mejorar y potenciar dicha adherencia, dado que es indispensable para mantener la estabilidad y prevenir recaídas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos que se pretenden conseguir con este programa son:

- Mejorar adherencia al tratamiento.
- Prevenir recaídas y descompensación psicopatológica.
- Aumentar conocimientos sobre los psicofármacos, efectos de éstos y signos/síntomas precoces de recaídas.
- Facilitar estrategias para conseguir la preparación y toma autónoma de la medicación.
- Valorar implicación y adherencia en los permisos durante el ingreso en la unidad.

#### MÉTODO

Desarrollar un programa específico de adherencia al tratamiento, basado en sesiones semanales (martes) de una hora de duración aproximadamente dirigidas por una Enfermera Especialista en Salud Mental y un coterapeuta. Los materiales necesarios serán: pizarra, rotuladores, power point del programa, proyector y pc.

#### INDICADORES

Desarrollo de las sesiones que conforman el programa.  
Implementación del programa de adherencia al tratamiento dentro de la agenda de actividades de UME.

#### DURACIÓN

Inicio : abril 2018  
Desarrollo de las sesiones: hasta Octubre 2018  
Implementación del programa: a partir de Noviembre 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PLANO VIDOSA  
· Profesión ..... TCAE  
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAO MARTIN ADOLFO  
ARTERO GUILLEN BELEN  
MATA TORNIL ELENA  
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIÓN QUINCENAL DEL EQUIPO:

1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes
3. Definir el encuadre

DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL PRIMER CUATRIMESTRE

SALIDAS A LA COMUNIDAD

- Paseo en bus y charla circulación vial en la policía Local.
- Convivencia con Asapme en Salas
- Sala Tanto Monta. Cantorales, museo pedagógico
- Centro Comercial. Practicas de habilidades sociales y gestión de la economía.
- Cine con cena. Película: Campeones
- Salida al centro de gestión de residuos. Grhusa
- Salida al supermercado. Manejo de la economía.

CHARLAS

- Alimentación saludable
- Caminos de Barbastro, ofrecida por Daniel Valles.
- La India y su cultura. Ponente: Manuel Campelo.
- Camina por tu ciudad de una forma segura. Policía Local
- Hábitos en la mesa. Videos de refuerzo.
- La salud mental. videos y puesta en común.
- Documental: Océanos de plástico. Reflexiones sobre la contaminación.
- Tertulia : Cómo celebramos la fiesta de todos los santos.
- El arte de aprender a comer. Cristina Hernandez
- Alérgenos. Riesgos en algunos alimentos.

OCIO DIRIGIDO

EDUCATIVO/SENSORIAL/MOTRICIDAD

- Higiene personal . Hábitos y rutinas.
- Comportamiento Social. refuerzo videos.
- Baile divertido. Pasos de coordinación y ritmo.
- Pirámide de los alimentos. Puesta en común y murales.
- Taller de verduras y hortalizas. Exposición.
- Taller de frutas del mundo. Exposición y degustación.
- Práctica de poner la mesa. Presentación y decoración.
- Taller práctico sobre el Reciclaje. Videos de refuerzo.
- Talleres prácticos con materiales reutilizables.
- Taller práctico. Aromaterapia.
- Taller práctico de cafetería.
- Cartelería.
- Organización jornada del CRP Santo Cristo
- Organizació del mercado medieval con Asapme.
- Limpieza y organización del taller de cocina.
- Taller con frutos de otoño.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cumplido el calendario y planificación prevista  
Alto grado de participación de los usuarios: 20-25 usuarios de media  
Satisfacción del usuario: alto grado expresado  
Atender expectativas de los profesionales: alto grado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros, ha tenido una muy repercusión positiva en sus vidas y en su proceso de recuperación. Pretendemos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

seguir trabajando con ellos, poniendo en valor el conocimiento sobre los hábitos y conductas saludables. Supone un punto de partida para avanzar en el autocuidado y bienestar de los pacientes con salud mental.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1094 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1094

Título  
INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

Autores:  
PLANO VIDOSA MARIA PILAR, LANA O MARTIN ADOLFO, ARTERO GUILLEN BELEN, MATA TORNIL ELENA, BERNAD BETORE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
En el CRP Santo Cristo de los Milagros llevamos trabajando durante estos últimos años con nuevas estrategias con el objetivo de despertar la motivación de nuestros usuarios, siempre desde óptica de la recuperación, lo que nos permite rescatar la parte sana de las personas y alejarnos de la enfermedad.

Nuestros usuarios se caracterizan por presentan déficits en el desarrollo de sus capacidades funcionales que afectan a diversos aspectos de su vida. Su conducta se caracteriza por retraimiento social, abandono de responsabilidades y del autocuidado personal e incapacidad laboral.  
En la actualidad vemos la oportunidad de complementar dicho proyecto rehabilitador con un módulo educativo en el que se impartirán conocimientos higienico-dietéticos, talleres prácticos y entrenamiento en la comunidad para trabajar:  
1. La educación para la salud: como parte inherente a todas las acciones de salud, con la intención de adquirir conocimientos y conductas favorables hacia su salud, modificando aquellas que resulten nocivas.  
2. Las habilidades sociales en personas con TMG: aumentando su capacidad de competencia.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
**A QUIEN VA DIRIGIDO:**  
Usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

**OBJETIVO GENERAL:**  
Trabajar la recuperación del paciente con TMG: la salud física y mental impartiendo conocimientos de autocuidado personal. Esto incluye hábitos de alimentación, autocuidado y las habilidades sociales.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**  
Disminución de comportamientos de riesgo como consumo excesivo de alcohol, tabaco y otras drogas y dieta inadecuada.  
Aprendizaje de conocimientos básicos culinarios  
Adquisición de conocimientos: Aprender a alimentarnos  
Trabajar la resistencia al cambio de hábitos  
Trabajar las habilidades sociales: comportamiento social adecuado, normas de convivencia, comportamiento en la mesa.  
Adquirir habilidades instrumentales: manejo del dinero, realizar compras de alimentos, gestión de economía doméstica.  
Desarrollar habilidades sociales de convivencia: valores de trabajo en equipo, comunicación activa,  
Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

#### MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1094

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOCIO-EDUCATIVA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: HABITOS SALUDABLES A TRAVES DE LOS HABITOS CULINARIOS

##### METODOLOGÍA

Modelo comportamental-educativo:

Permite la integración de contenidos de información y de habilidades y señala la importancia de que las adquisiciones de las conductas saludables se realicen de forma natural, integradas en el proceso educativo.

Utilizaremos básicamente dos estrategias de intervención:

1. La educación para salud
2. Aprendizaje de habilidades sociales.

##### INDICADORES

1. Cuestionario del grado de satisfacción con el programa
2. Grado de adherencia y cumplimiento
3. Memoria del programa.

##### DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)

Se programarán los módulos teóricos (1 semanal)

Historia de la cocina  
Materias primas  
Utensilios de cocina  
Alimentación saludable  
Nutrición  
Métodos básicos de cocinado  
Reciclaje  
Alérgenos, cocina sin gluten  
Salud e higiene mental  
Cuidado de la salud personal  
Economía doméstica

Clases y talleres prácticos: (1 semanal)

Los sentidos: aromaterapia  
Taller de cocina  
Entrenamientos: Un día de mesa y mantel  
Habilidades sociales: normas sociales en la mesa  
Presentaciones/decoración mesa  
Taller de expresión de los sentidos y las emociones

Entrenamiento en la comunidad:

Colaboraciones con sector hostelería  
Talleres con profesionales del mundo de la cocina  
Entrenamiento de AVDs instrumentales: compras de alimentos, manejo del dinero, comportamiento social en la comunidad.  
Comida de hermandad

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA ELBOJ SASO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL  
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

BIARGE RUIZ ARTURO  
GRACIA BERCCERO CONCEPCION  
VAL LOPEZ ROSARIO  
SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS  
FELIPE LANUZA GENMA  
CUELLO OLIVAN TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la revisión de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
  - Creación normas de funcionamiento para regular los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
  - Dar a conocer las normas a usuarios y trabajadores
4. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes
5. Adecuación de los espacios:  
Fomento de espacios saludables: sin humo dentro del hospital
  - Diseño plan alternativo para pacientes fumadores
  - Educación sanitaria (tabaco), trabajo grupal con pacientes para crear buenos hábitos.
6. Adecuación de espacios terapéuticos
  - Creación sala polivalente para actividades terapéuticas: tertulia, ocio y tiempo libre, reunión de familias.
  - Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales
7. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo
8. Diseño del proyecto de adecuación de sala para actividades rehabilitadoras
9. Taller de biblioteca, creación de un servicio de biblioteca por parte de los pacientes para su uso.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Adecuación de los espacios: SI 100%  
Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería SI  
Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados 100%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece el contacto terapéutico, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación. Hemos observado durante este año una gran mejora el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros garantizando la humanización de la atención y la mejoría del paciente en un ambiente normalizado y saludable.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1223 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1223

Título  
MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

##### FUNCIONAMIENTO

**Autores:**  
ELBOJ SASO MARTA, BIARGE RUIZ ARTURO, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ABARCA GRASA ANA, VAL LOPEZ ROSARIO, SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS, FELIPE LANUZA GENMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud.

En los estudios referentes a este tema sigue quedando patente que el ambiente terapéutico es un concepto complejo, compuesto por diferentes dimensiones, relacionadas con recursos físicos, humanos y organizativos. Además, está estrechamente relacionado con el manejo de conductas difíciles, la seguridad de las personas atendidas, la familia y los profesionales, y, también, con los episodios de contención mecánica.

Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Plan de Salud Mental en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de la recuperación.

Por ello, se propone revisar el ambiente terapéutico del CRP en toda su complejidad y elaborar planes de mejora en las unidades, una tarea ambiciosa que pretende iniciar una línea de trabajo y que necesita el compromiso de profesionales, pacientes, familiares y gestores pero también una planificación y ejecución de intervenciones específicas.

##### RESULTADOS ESPERADOS

###### 5. OBJETIVOS DEL PROYECTO

###### Objetivos general:

Mejorar el ambiente terapéutico del CRP Santo Cristo de los Milagros para garantizar la humanización de la atención y favorecer el proceso de recuperación.

###### Objetivos específicos:

1. Analizar la situación actual sobre a dinámica de funcionamiento de las unidades.
2. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
3. Favorecer el desarrollo de actitudes positivas y de espacios saludables
4. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad
5. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades, para fomentar el apoyo

##### MÉTODO

Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP:

El espacio físico  
La dinámica de funcionamiento  
El ambiente relacional

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno. Una vez consensuadas se plasmarán en un documento que debe contener:

Actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Se hará el seguimiento de las actividades acordadas y la implantación de nuevas actividades y se plantearán las incidencias relacionadas con las infraestructuras.

En el modelo de unidad de Gestión Clínica, la coordinación/supervisión de la unidad o dispositivo mantendrá reuniones periódicas con la Dirección del Centro y la Coordinación de Cuidados de enfermería.

##### INDICADORES

###### INDICADOR:

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.

ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

###### INDICADOR:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1223

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEUTICO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL: ESPACIO FISICO Y DINAMICA DE FUNCIONAMIENTO

Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados  
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

#### DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).

#### 1ª FASE DE ENERO A JUNIO DE 2018:

1. Evaluación previa sobre las dimensiones del espacio terapéutico
2. Reunión quincenal del equipo de mejora para consensuar los datos y la explicitación de las normas de funcionamiento de la unidad/dispositivos.
3. Planificación de las tareas y actividades dirigidos a las situaciones clínicas frecuentes

#### 2ª FASE DE DE 2018:

1. Reunión quincenal del equipo de mejora.
2. Realización del documento con las recomendaciones de mejora y su difusión
3. Puesta en marcha de las actividades teniendo en cuenta las modificaciones estructurales y las necesidades de recursos humanos.
4. Continuidad asistencial interna: a través de reuniones establecidas por la unidad y la dirección del centro
5. Evaluación del proyecto en diciembre 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IOVANNA RODRIGUEZ CRESPO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL  
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATA TORNIL ELENA  
FUMANAL LACAMBRA CARMEN  
LALANA CUENCA JOSE MANUEL  
ALEGRE GUERRA BEATRIZ  
BERNAD BETORED GLORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El programa ha tenido una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, descansando en verano (julio/agosto)

Reunión quincenal del equipo de mejora para:

1. Realización de las fichas técnica de cada sesión
2. Selección del grupo de pacientes siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación
3. Definir el encuadre de las sesiones

Sesiones grupales de trabajo:

1. Se han realizado de enero a diciembre 20 sesiones grupales quincenales. S
2. Grupo de pacientes: una media de 18 pacientes por sesión
3. Se han trabajado principalmente las emociones básicas y la escucha activa potenciando la comprensión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se trata de un proyecto piloto, su repercusión ha sido muy satisfactoria. Ha tenido un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

Se ha creado un espacio físico y visual del mundo emocional, un "Rincón Emocional" que ayuda a conocer las emociones para conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

Valor de Indicadores:

Realización de reuniones quincenales de coordinación por parte del equipo de mejora: 100%

Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad: alta participación una media de 18-20 pacientes y un gran grado de adherencia.

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: LECCIONES APRENDIDAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, donde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, nos parecía indispensables un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1224 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1224

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Título  
CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:  
RODRIGUEZ CRESPO IOVANNA, MATA TORNIL ELENA, FUMANAL LACAMBRA CARMEN, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, ALEGRE GUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La salud mental o emocional es una parte muy importante de la salud general y fundamental en el ámbito de trabajo al que pertenece nuestro centro.

Las emociones, son un aspecto fundamental en el desarrollo de todo ser humano, es importante trabajarlas, ayudando a favorecer el desarrollo de las mismas, haciéndoles capaces de identificarlas, aceptarlas y poder llevarlas a la práctica

Por tanto, ya que nos encontramos en un centro de rehabilitación psicosocial, dónde se encuentran personas con problemas de salud mental de diversa índole, y que en su mayoría presentan dificultades en la identificación, comprensión y manejo emocional, se propone crear un rincón reflexivo, creativo y de escucha base de todo proceso emocional, con el objetivo de que sea solo un precedente, un inicio, de un rincón mágico y de apoyo emocional para el centro.

La finalidad de este proyecto es colaborar en la tarea de recuperación personal para el desarrollo de las capacidades emocionales de los participantes. La aplicación de este programa no debería quedarse como un hecho aislado o puntual, descontextualizado, sino todo lo contrario, debería aplicarse como un programa integrado dentro de nuestro programa rehabilitador.

RESULTADOS ESPERADOS  
A QUIEN VA DIRIGIDO:  
Usuarios del Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros con Trastorno Mental Grave

OBJETIVOS GENERALES:  
Crear un espacio físico y visual del mundo emocional, un "Rincón Emocional" que ayude a conocer las emociones humanas de manera que permitan conseguir mejores niveles de desarrollo personal y social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:  
Tomar conciencia del propio estado emocional.  
Participar activamente en el proceso grupal, con actitud cooperativa, dialogante, constructiva y sin juicios.  
Tomar conciencia de la importancia de las emociones en nuestra vida diaria y de lo mucho que nos unen a la especie humana (emociones universales).  
Favorecer la empatía a través de la comprensión de las emociones de los demás.  
Crear un espacio de escucha y comprensión que favorezca la interacción, aprendizaje y continuidad del taller.  
Potenciar el desarrollo de la capacidad creativa y trabajo manual y artístico.

MÉTODO  
ESTRUCTURA Y CONTENIDOS DEL PROGRAMA:  
Se propone una ficha técnica de cada sesión para responder a un guión conocido y consensuado aunque siempre será flexible y dispuesto a las modificaciones oportunas, fruto de las necesidades percibidas a lo largo de las sesiones tanto por los participantes como por los profesionales encargados de guiar la actividad.

METODOLOGÍA ACTIVA: el usuario es el protagonista del proceso de aprendizaje de las emociones y el objetivo fundamental es mantener activa la mente de los pacientes tratando de hacerle analizar y observar las situaciones que se le presentan, conectando con su "yo" interno.

Se partirá de un enfoque constructivista, utilizando una metodología globalizada y activa para llevar a cabo un aprendizaje emocional significativo y funcional en cualquier contexto y situación. Las actividades se realizarán en grupo, aunque algunas prácticas se trabajen individualmente.  
Cada actividad se indicará el procedimiento de su desarrollo.

INDICADORES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1224

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN PROGRAMA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

- Cuestionario de evaluación de cada sesión
- Encuesta de satisfacción a los participantes del taller al finalizar el programa
- Grado de cumplimiento y de adherencia a la actividad.

#### DURACIÓN

El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2018 a Diciembre de 2018, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto)

#### DESARROLLO DEL PROGRAMA:

El programa se desarrollará en 20 sesiones de 50 minutos aproximadamente cada una, con una frecuencia quincenal y una participación óptima recomendable de 15 a 20 personas, que serán guiadas durante la actividad por dos profesionales sanitarios.

El grupo participante será elegido por el equipo multidisciplinar siguiendo los criterios del plan individual de rehabilitación (PIR)

Se trata de un proyecto piloto y de su repercusión, desarrollo, satisfacción y evaluación dependerá su continuidad. Tendrá un enfoque basado en el positivismo, la creatividad, participación grupal, la libertad de expresión y la flexibilidad.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ARTURO BIARGE RUIZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

GUERRI LLES YOLANDA  
GRACIA BERCERO CONCEPCION  
ELBOJ SASO MARTA  
RIVARES MORCATE MARIA JESUS  
FUSTER RAMON BEGOÑA  
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR  
COARASA ALMENARA LORENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución Comisión de Continuidad de Cuidados 27/09/17  
Reuniones semanales de trabajo para la elaboración del documento Desde Sept 17'- Feb 18  
Aprobación documento Abril 18'  
Revisión externa Mayo 18'  
Elaboración libro "CCC, Enfermera gestora de casos en SM"  
ISBN-13 978-84-09-02788-0 (1.06.18)  
Depósito legal: HU 95 - 2018 (4.06.18)  
Elaboración presentación Power Point para difusión Diciembre 18  
Presentación documento y programa en CRP Diciembre 18  
Implantación Equipo de continuidad de Cuidados en la Comunidad Enero 19  
Presentación documento y programa en CSM Grañen Enero 19  
Presentación documento y programa en CSM Sariñena Enero 19  
Presentación documento y programa en HSJ Enero 19'  
Presentación documento y programa en CSM Almudevar Febrero 19

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado las actividades según el calendario establecido.

##### Indicadores

Derivación % solicitudes con tiempo de respuesta igual o menor de 72h hábiles  
Acogida y valoración % personas con las q se contacta en 7 días telefónicamente  
% personas satisfechas con la acogida y valoración  
Plan de seguimiento % personas adheridas al programa (acuden a citas sucesivas)  
% cumplimiento de intervenciones programadas  
% personas satisfechas con el proceso de intervención  
Coordinación % reuniones mensuales realizadas  
% informes realizados

(No es posible presentar resultados al ser reciente la implantación. Implantación/inicio Proyecto de la Continuidad de Cuidados Comunitarios el 8 enero 2019)

Dotación de una Enfermera Especialista en SM como Enfermera Gestora de Casos

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo ha sido muy positiva y de gran valía profesional en el día día, al igual de la necesidad de mantener dicho Servicio para la mejora de calidad de la atención al usuario.

Lo que queda pendiente es hacer una evaluación del los objetivos alcanzados una vez se lleve un periodo de implantación adecuado.

La sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replica con del 100%.

El proyecto ya está implantado y dotado de personal de Enfermería, al igual de su implantación y en la actualidad ya está funcionado.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1391 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1391

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

Título  
ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTALCONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD ENFERMERA

Autores:  
BIARGE RUIZ ARTURO, GUERRI LLES YOLANDA, GRACIA BERCERO CONCEPCION, ELBOJ SASO MARTA, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, FUSTER RAMON BEGOÑA, CARRERO BACIGALUPE ITZIAR, COARASA ALMENARA LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Trastorno Mental Grave  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
En la actualidad, nos encontramos en una nueva fase de los procesos de la reforma psiquiátrica, en la que el objetivo de la misma no está dirigido a la anulación de estructuras arcaicas sino a fomentar la atención comunitaria y la coordinación entre los diferentes servicios y profesionales, favoreciendo la continuidad de la atención hacia esta población.  
Este proceso debería estar centrado en la implantación y desarrollo de medidas que mejoren la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, y en ofrecer una atención integral a los mismos, con el objeto de prevenir o disminuir las hospitalizaciones asegurando una Continuidad de los Cuidados (C.C.) que favorezca la integración en el medio.  
La C.C. se centra en atender las necesidades de los usuarios, especialmente en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad, que requieren intervención de la asistencia sanitaria, sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Implica trabajar por procesos en un sistema cooperativo integrado por tres elementos esenciales: personas, entornos e información. A través de un modelo de comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales, se fijan unos objetivos específicos de cobertura, calidad, formación y evaluación, de acuerdo con las especificidades y prioridades de cada dispositivo.  
Una característica básica que se atribuye a la continuidad de cuidados es la transversalidad, a partir de la cual los servicios asumirán como natural que en cualquier punto en el tratamiento de un paciente éste pueda recibir una variedad de servicios acorde a sus necesidades.  
Estas aportaciones continuadas constituyen un elemento de integralidad que pueden cubrir distintas áreas:  
1) Los programas terapéuticos deben ir encaminados a cubrir las necesidades holísticas de la persona (bio-psico-social), por ello los programas deben ser asumidos por un equipo terapéutico multidisciplinar.  
2) La complejidad de los programas requieren una diversidad de servicios que posibiliten la creación de un clima de trabajo dinámico.  
3) Consideramos las funciones de soporte y acompañamiento como parte fundamental para realizar la Continuidad de Cuidados.  
Entre las distintas redes que interatuación se incluye a profesionales, usuarios, familiares y otros grupos sociales.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
**OBJETIVO GENERALES**  
Constituir un marco de referencia para contribuir a mejorar y desarrollar la Continuidad de Cuidados en Salud Mental, basado en la coordinación como principal instrumento de trabajo en su vertiente tanto organizativa como asistencial.  
**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**  
Diseñar los programas específicos para la coordinación de los Cuidados de Salud Mental entre los diferentes dispositivos de Salud Mental, así como con Atención Especializada, Atención Primaria y otros servicios necesarios para la intervención con el usuario.  
Generar el documento que unifique lo relativo a la creación, desarrollo, funcionamiento y evaluación del Programa de Continuidad de Cuidados en Salud Mental.

**MÉTODO**  
En Septiembre del 2017 se creó la Comisión de Continuidad de Cuidados donde se aprobó el Reglamento del funcionamiento interno de la Comisión, donde surgió el grupo de trabajo de expertos.  
Durante el periodo de Septiembre 2017 a Febrero 2018 se han realizado 18 reuniones de coordinación con diferentes expertos de diferentes dispositivos de SM de las cuales ha resultado:  
La elaboración del Programa de Continuidad de Cuidados  
Se han realizado:  
6 reuniones de la Comisión de Continuidad de Cuidados  
18 reuniones del grupo de trabajo de expertos en SM  
Creación de un libro de "Continuidad de Cuidados en la Comunidad Enfermera Gestora de Casos en Salud Mental".



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1391

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA COMUNIDAD. ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN SALUD MENTAL

ISBN-13 978-84-09-02788-0  
Depósito legal : HU 95 - 2018

#### INDICADORES

Indicador-1: Pacientes psiquiátricos dependientes que reciben atención domiciliaria.  
Fórmula: N° pacientes concriterios de inclusión

-----%

Pacientes con TMG candidatos

Indicador-2: reingresos hospitalarios

Fórmula: N° de reingresos hospitalarios en el programa de CCC

----- %

N° de ingresos hospitalarios totales

Indicador-3: Pacientes psiquiátricos atendidos en urgencias psiq.

Fórmula: : N° de pacientes CCC atendidos urgencias psiquiátricas

----- %

N° de pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas

#### DURACIÓN

Aplicación del proyecto dentro de un equipo Asertivo Comunitario. Gestión de Casos Comunitarios en Septiembre 2018  
( Vid documento a aportar con cronograma, actividades, edición del libro con protocolos...)

#### OBSERVACIONES

la creación de la CC en la Comunidad estaban dentro del CGP del CRP de Huesca 2017, con el n° de indicador 1.4.  
Procesos de Enfermería, concretamente el 1.4.3.

Se pretende incluirlo dentro de los objetivos estratégicos del Departamento, CP del 2018, por lo que se está elaborando un EAC Gestión de Casos del Sector.

Enfermería debería ser la que lidera dichas acciones de Cuidados de Continuidad de Cuidados Comunitarios dentro de un equipo multiprofesional y Coordinado por la figura de un Facultativo Psiquiatra.

Valoración de otros apartados

-----

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL MORCILLO GRANADO  
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL  
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. TERAPIA OCUPACIONAL  
· Sector ..... HUESCA

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

SANZ SANZ HELENA  
MOREU MAZA DESIRE  
VAL LOPEZ ROSARIO  
CORDERO GONZALEZ AURELIA  
ABARCA GRASA ANA  
DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se realizan actividades manipulativas con diferentes utilidades y en función de las capacidades de cada usuario, enfocadas:  
1º a las fiestas locales de San Lorenzo, para su venta en el CRP de Huesca y Hospital de San Jorge y Hospital Provincia. Se elaboran productos como abalorios, muñecos peñistas para camisetitas, coleteros, pasadores...  
2º las fiestas Navideñas, para su venta en el hospital San Jorge y en el CRP. Elaborando productos artesanales como centros de mesa, adornos para árboles navideños, postales.....  
3º productos realizados bajo encargo como han sido jabones artesanales, photocall y decoración de delantales.  
-Reunión del personal con el grupo de usuarios que participan para presentarles el proyecto y recoger sus aportaciones.  
-Se pasan la evaluación inicial (expectativas del usuario).  
-Evaluaciones intermedias con los usuarios, posteriores al cierre de ventas  
-Reuniones con los usuarios de forma periódica para tomar decisiones sobre la marcha del taller, productos a trabajar, valoración de lo que se va haciendo, responsabilidades de cada uno, planteamiento de fechas ..... (planificación).  
-Reuniones periódicas del equipo del proyecto para ir valorando dificultades y posibles modificaciones.  
- Reunión final personal y usuarios para cerrar el proyecto.  
- Reunión y planificación para la compra de material e ir a comprarlo.  
- Todas estas actuaciones se han llevado a cabo dentro de los tiempos establecidos para su realización.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Señalar el resultado alcanzado y su relación con el standard marcado. Indicar el impacto del proyecto y los indicadores utilizados, incluyendo su fuente y método de obtención.  
- Compromiso del taller por parte de los usuarios:  
Se planifica 2/3 sesión semanal, dependiendo de la demanda, de 90 minutos englobada dentro del resto de actividades terapéuticas de la unidad x100= 100%, lo que indica alto compromiso con el proyecto.  
- Mejora de la estructuración del tiempo vital y facilitación de desarrollo de relaciones y redes sociales.  
Indicadores:  
o Asistencia y puntualidad, a través de registros. 95% del total de usuarios, acudiendo con puntualidad.  
o Cooperación y trabajo en equipo,, 97% presentan capacidad para trabajar en grupo y el 3% presentan mayor dificultad trabajando en grupo por lo que se individualiza.  
o Se observa mejoría en las competencias manipulativas y cognitivas, (atención, memoria de trabajo, planificación y toma de decisiones).  
- Mejora de la satisfacción personal, evaluado a través de encuestas de satisfacción. Todos los pacientes muestran satisfacción con el taller, el 83,5% muestran satisfacción elevada y el 16,5 %, moderada.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha llevado en su totalidad en los plazos establecidos, consiguiendo los objetivos planificado. En general los usuarios se muestran satisfechos con el taller y con la venta de los productos elaborados, afecto así a su mejora psicopatológica.  
Valoramos por su buen funcionamiento y aceptación de los usuarios, que quede instaurado en el centro como actividad terapéutica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1082 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1082

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

##### Título

CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS

##### Autores:

MORCILLO GRANADO MARIA ISABEL, MOREU MAZA DESIREE, VAL LOPEZ ROSARIO, ABARCA GRASA ANA, ESPAÑOL ROSEL BEATRIZ, GOMEZ MORATE ESPERANZA, CORDERO GONZALEZ AURELIA, SANZ SANZ HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Este proyecto de mejora viene a ser la continuidad del proyecto de mejora "Creación de un taller preocupacional como actividad terapéutica dentro del programa de rehabilitación del CRP de los Milagros desarrollado en este centro desde el 2015.

La actividad productiva sirve por si misma como elemento organizador de la vida cotidiana, como estímulo al desarrollo cognitivo y como vehículo de relaciones sociales.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Debido al éxito obtenido durante este año, podemos decir que la actividad productiva ha tenido un impacto positivo en sus vidas, y que ha servido para fortalecer la autoestima, la adquisición del rol de trabajador, mejorar las habilidades y su calidad de vida.

Todos los objetivos marcados en el proyecto anterior fueron alcanzados, reunido el equipo de mejora consideramos muy importante continuar con el proyecto para mantener los objetivos e incorporar a nuevos participantes.

##### MÉTODO

Sesiones formativas, relacionados con la adquisición de habilidades para la elaboración de productos y realización de trabajos  
Actividades productivas, en función de las demandas y de las capacidades de las personas (abalorios, fieltros, madera....)

Gestión y exposición de los productos en la comunidad (Hospital Provincial, Hospital San Jorge)  
Colaboración con otras entidades, experiencias similares en otros dispositivos de Salud Mental  
Reconocimiento al esfuerzo, les permitirá sentirse miembros activos y valorados.

##### INDICADORES

- 1- Grado de cumplimiento:  
cumplimentar el 100% de las reuniones programadas del grupo de trabajo:  
Nº de reuniones de trabajo realizadas/Nº de reuniones previstas x 100  
Nº de pacientes que comienzan la actividad y número de pacientes que la completan
- 2- Escala Virtuales de Satisfacción (usuarios) al principio y termino del proyecto
- 3- Existencia del producto artesanal y presentación en la comunidad.

##### DURACIÓN

1ª FASE DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2018.

Evaluación previa, trabajo con pacientes 1 sesión /semana, reuniones mensuales del equipo, elaboración de los productos y 1ª presentación en comunidad para San Lorenzo. En septiembre evaluación de resultados hasta el momento.

2ª FASE DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2018:

Se mantiene igual, excepto que la producción ira encaminada a las fiestas de Navidad.

3ª FASE DE ENERO A MAYO DE 2019:

Se continuara igual con producción especifica según fechas señaladas. Y se pasara encuesta satisfacción/expectativas. Evaluación final y memoria.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1082**

**1. TÍTULO**

**CONTINUIDAD DEL TALLER PREOCUPACIONAL COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA DENTRO DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL CRP SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS**

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1033

### 1. TÍTULO

#### UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA DE LA FUENTE UTRILLA  
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL  
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE LARGA ESTANCIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
COARASA ALMENARA LORENA  
MARTINEZ FAU JUANA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dentro de la Rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave en Unidades de Larga Estancia es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer la autonomía. En cuanto al campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos. Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

Propusimos crear un programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games. Para ello se adecuó una sala de estética interactiva con el soporte previamente mencionado, decoración relacionada con la multimedia y mobiliario confortable con el fin de crear un ambiente propicio para el uso y disfrute de estos juegos.

Se inició el proyecto en Julio de 2018 con un total de 6 participantes que ya habían tenido contacto con los videojuegos previamente y aceptaron participar libremente. Cada sesión se llevó a cabo con la presencia de la terapeuta ocupacional y una enfermera/TCAE que dirigían la actividad. Se pasó el test MOCA a cada participante previamente al inicio de las sesiones.

La actividad permite trabajar los aspectos relacionados con la actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo y equilibrio.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron un total de 5 sesiones de 60 minutos de duración con los juegos Wii Play y Wii Fifa que teníamos en ese momento, tras la cuales, los pacientes perdieron el interés, principalmente, por las dificultades de adaptación al juego y el hecho de que no les gustaba competir entre ellos, lo que les provocaba frustración y ganas de abandonar el juego al poco rato de haberlo iniciado. En la mayoría de las ocasiones se abandonaba la actividad antes de la hora de finalización.

Hay que destacar que los pacientes que integraban este proyecto presentaban unos niveles previos de apatía, abulia e inactividad altos, sumado al hecho de que tienen dificultades también a la hora de socializar con otras personas. De todas formas, valoraban la novedad y el ambiente creado para la inmersión en el juego. Al poco tiempo, el sensor de la consola se estropeó, por lo que no se podía jugar. Debido a esto y también al cambio de terapeuta ocupacional en el servicio se decidió parar las sesiones y repensar el proyecto para tener más éxito en un intento futuro.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a lo comentado anteriormente, con la videoconsola ya arreglada, se decide dar un nuevo enfoque y buscar una nueva población diana, creando grupos más homogéneos y con gustos similares que puedan reforzarse entre sí y estimular la continuidad. Igualmente, empezar con sesiones más cortas de unos 30 minutos 2 veces a la semana para ir integrando la dinámica y evitar agobios.

Se propone un grupo exclusivo de mujeres, otro de personas menores de 35 años y otro de personas mayores de 45 años.

Los indicadores serían los mismos que en el proyecto original: indicador de seguimiento ( adherencia al taller), indicador de mejoría ( puntuación en el juego al inicio y final del taller), indicador de mejoría ( puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller) e indicador de grado de satisfacción ( evaluación al finalizar el programa).

#### 7. OBSERVACIONES.

La responsable del proyecto pasa a ser Cristina De la Fuente Utrilla, Terapeuta Ocupacional.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1033 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1033

Título  
UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1033

### 1. TÍTULO

#### UTILIZACION DEL JUEGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS AUDIOVISUALES COMO ESTIMULACION SENSORIAL Y FISICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

**Autores:**

MOREU MAZA DESIREE, COARASA ALMENARA LORENA, ALEGRE GUERRA BEATRIZ, FAU MARTINEZ JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

**TEMAS**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

La apatía, la abulia, la inactividad física y la institucionalización ( con la falta de estimulación que conlleva), son elementos muy presentes en muchos pacientes con trastorno mental grave, que condicionan de manera muy negativa su día a día.

Dentro de la rehabilitación en pacientes con Trastorno Mental Grave es imprescindible potenciar las capacidades conservadas para favorecer su autonomía. Dentro del campo del ocio hay que destacar la actualidad, atractivo y gran difusión de los videojuegos. Las novedades tecnológicas aplicadas a la videoconsola, como la Nintendo Wii, proporcionan nuevas formas de jugar en las que se pueden mejorar y entrenar habilidades motoras en un contexto motivador.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Los objetivos que se esperan conseguir con este proyecto son mejorar la coordinación, movilidad y resistencia, mejorar las capacidades cognitivas como son la atención, memoria, fluidez verbal, poner en contacto tanto a jóvenes como a mayores con las nuevas tecnologías de una manera lúdica favoreciendo la adherencia a la actividad.

Población diana: usuarios ingresados en la Unidad de Larga Estancia del CRP Santo Cristo de los Milagros en los que se observa apatía y desinterés por las actividades del centro, sin límite de edad.

**MÉTODO**

Programa de estimulación cognitiva, física y sensorial mediante la utilización de la videoconsola Nintendo Wii y los juegos Wii Sports y Brain Games.  
La actividad se llevará a cabo con una frecuencia de 2-3 veces a la semana en sesiones de 60 minutos.  
Cada sesión estará dirigida por el equipo de terapia ocupacional/enfermería, con una valoración inicial por parte de la terapeuta ocupacional del centro.  
La actividad se realizará a través de estos videojuegos que permitirán trabajar los aspectos que más interesen en cada usuario ( actividad física, atención, coordinación óculo-manual, ritmo, equilibrio... ).  
El número de usuarios será de 6-8 por sesión.

**INDICADORES**

Indicador de seguimiento: adherencia al taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.  
Indicador de mejoría: puntuaciones de los juegos al inicio y final del taller. Evaluación a los 6 y 12 meses.  
Indicador de mejoría: puntuación en el test MOCA al inicio y final del taller.  
Indicador de grado de satisfacción: evaluación al finalizar el programa.

**DURACIÓN**

Inicio en Junio 2018.  
Con una evaluación semestral y anual de la actividad.

**OBSERVACIONES**

Se ha habilitado una estancia del centro para la realización de esta actividad con una ambientación y decorado atractivos que favorezcan un clima agradable y distendido.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCION) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

LOBO ESCOLAR ANTONIO  
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO  
VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA  
LACALLE AICUA LAURA  
PANIEGO LOPEZ ANA  
UBIS DIEZ ELENA  
PERALTA GASCON ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones de todos los integrantes del grupo en los meses de mayo, septiembre y diciembre para consensuar los puntos asignados a cada miembro del grupo que los había elaborado previamente. Tras la elaboración y consenso del Documento en el mes de diciembre, presentación a cada uno de los servicios en el mes de enero de 2019 y puesta en marcha del documentado tras la presentación del mismo a la Dirección del Hospital.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer resultado ha sido la elaboración del documento.

Los resultados marginales eran conseguir una estancia preoperatoria menor de 48 horas en el 30-40% de los pacientes, y ha sido en el 49% de ellos, y una estancia preoperatoria menor de 72 horas en el 50-60% de los pacientes, y ha sido en el 66% de ellos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier trabajo realizado por un equipo multidisciplinar es enriquecedor para todos los miembros del equipo y esto se traslada a una mejora en la atención al paciente. Al presentar el documento en los Servicios implicados y someterlo a una revisión crítica por parte de los mismos garantiza su cumplimiento actual y futuro, pese a posibles cambios dentro del Servicio.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/746 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0746

Título  
DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

Autores:  
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, LOBO ESCOLAR ANTONIO, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA, LACALLE AICUA LAURA, PANIEGO LOPEZ ANA, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: mejoría clínica/coordinación asistencial

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La fractura de cadera es un proceso que genera un elevado consumo de recursos y en el que se ven implicados un numero importante de profesionales de distintos servicios, por lo que debe existir una correcta coordinación para conseguir resultados eficientes. Con este fin se elaboro en el año 2011 un documento titulado "Recomendaciones en fractura de cadera", que con el paso de los años precisa una revisión profunda. En estos años transcurridos se han producido cambios significativos en la terapia anticoagulante con aparición de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0746

### 1. TÍTULO

#### DOCUMENTO "RECOMENDACIONES EN FRACTURA DE CADERA"

nuevos fármacos con acción distinta a los antivitamina K clásicos. Así mismo en estos años se ha producido una significativa remodelación en los servicios implicados en la atención al proceso de fractura de cadera.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad existente en la atención de la fractura de cadera.

Actualizar el documento previo de "Recomendaciones en fractura de cadera".

Mejorar la coordinación entre los diversos servicios participantes en el proceso de fractura de cadera, mejorando los resultados clínicos, con una correcta adecuación de los recursos existentes.

##### MÉTODO

Revisión del documento actual "Recomendaciones en fractura de cadera", aportación por cada uno de los profesionales implicados las modificaciones que se consideren oportunas. Reuniones para consensuar los cambios propuestos. Se estiman dos reuniones presenciales, además del intercambio de correos electrónicos. Reunión de presentación a los servicios afectados del documento una vez finalizado.

##### INDICADORES

Realización del documento

Porcentaje de pacientes con una estancia prequirúrgica menor de 2 días

##### DURACIÓN

Revisión del documento anterior, mayo 2018

Aportación cambios, junio 2018

Consensuar cambios, julio y agosto 2018

Presentación documento, ultimo trimestre 2018

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0797

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA  
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL  
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

QUILEZ PINA RAQUEL  
DOZ PEREZ NIEVES  
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA  
SOLER FRIAS CATERINA  
ORTAS SOLER MARIA CRUZ  
OTAL PUEYO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha creado un manual para mejorar la seguridad de los pacientes en el hogar.
- Se ha entregado la guía junto al informe de alta para que tenga acceso a ella los familiares.
- Se ha explicado la guía a los pacientes.
- Se ha entrevistado a la familia para conocer el entorno y aconsejar las adaptaciones oportunas para mejora la seguridad y autonomía de los pacientes.
- Se ha entrenado a los usuarios en el uso de ayudas Técnicas y adaptaciones.
- No se ha entregado la guía a los pacientes que por reagudización clínica han ingresado en planta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 98% (el estándar propuesto es el 90%)  
Familiares con ictus que acuden a HDG y se les ofrece la guía 92% (el estándar propuesto es el 90%)  
Entornos adaptados a la nueva situación 70% (el estándar propuesto es el 50%. Contando como entorno adaptado los pacientes viven en residencia).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha ayudado a conocer al usuario de forma global, pudiendo observar sus dificultades y capacidades y como se desenvuelve en su entorno.  
Conocer si generaliza el tratamiento que se ofrece en HDG en las actividades de la vida diaria, para mejorar su recuperación funcional.  
Sería interesante revisar la guía para introducir conceptos e información relativo al manejo del paciente en el hogar

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/797 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0797

Título  
REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

Autores:  
SANCHEZ LECINA CRISTINA, QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, OTAL PUEYO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0797

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL TRAS UN ICTUS

##### PROBLEMA

El ictus es la primera causa de discapacidad en el mundo. Su incidencia en Aragón esta en torno al 7% en los mayores de 65 años. La repercusión en las personas es bastante llamativa, dado que la mayoría de los supervivientes sufren alguna incapacidad, que les dificulta su vida diaria. La nueva ocupación de cuidador implica una carga emocional y física que puede alterar su rutina y afectar a múltiples niveles. Desde Hospital de Día Geriátrica (HdG) trabajamos en la fase subaguda donde puede existir una mejoría a medio-largo plazo, gracias a la reorganización cerebral que puede ser modulada por técnicas de rehabilitación a través de la plasticidad cerebral. Y una vez estabilizado el cuadro valoramos la adaptación del entorno a las funciones conservadas para dar al paciente la mayor independencia posible disminuyendo la posibilidad de institucionalización, minimizando las complicaciones y con ello disminuyendo el coste sanitario global. Este proyecto pretende generalizar el tratamiento que se realiza en HdG al entorno del paciente para ello se realizara una guía informativa para familiares y pacientes que les ayude a entender mejor el proceso y a ayudar en la recuperación funcional y cognitiva de la persona. Sin duda no son recetas únicas que se puedan emplear del mismo modo en todas las personas que hayan sufrido un ictus y con cada paciente será necesario una evaluación individualizada de su situación y una entrevista para explicar de manera adecuada las particularidades de su proceso concreto.

##### RESULTADOS ESPERADOS

###### OBJETIVO:

El objetivo es dar una guía que ayude al paciente y su familia en la integración óptima dentro de su entorno habitual, con el mayor grado de autonomía posible.

###### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evitar conductas, movimientos, "vicios" que puedan perjudicar la recuperación funcional del paciente  
Educar a los familiares en la asistencia y ejecución de las Actividades Básicas de la Vida Diaria del paciente recién dado de alta hospitalaria y que se encuentra en tratamiento de recuperación funcional en Hospital de Día de Geriátrica  
Disminuir la ansiedad de cuidadores y pacientes mejorando sus condiciones de salud.

##### MÉTODO

Crear un tríptico que contenga breves indicaciones para estimulación y posicionamiento de hemicuerpo pléjico a través de imágenes e instrucciones escritas, y un Manual con consideraciones dentro del hogar para la seguridad y bienestar del familiar afectado.

El tríptico será entregado y explicado en las primeras sesiones al paciente

Mantener entrevista con familiares para informar sobre realización de higiene, alimentación, vestuario, movilización, traslados y las ayudas técnicas que precisará.

Mostrar el uso de ayudas técnicas y ofrecer información de como obtenerlas.

Entrenar a los pacientes en actividades de vida diaria de forma segura para evitar lesiones y mejorar la independencia

##### INDICADORES

% de pacientes con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)

% de familiares con ictus que acuden a HdG a los que se les ofrece la guía (90%)

% de entornos adaptados a la nueva situación (50%)

##### DURACIÓN

Mayo-Agosto: Creación de guía para la recuperación de los pacientes con ictus

Agosto: Diseño de un registro de intervenciones del equipo de HdG

Septiembre-Diciembre: Puesta en practica de la guía

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRIA (HDG)

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL QUILEZ PINA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA  
DOZ SAURA NIEVES  
NARVION CARRIQUIRI ADRIANA  
SOLER FRIAS CATERINA  
OTAL PUEYO ELENA  
ORTAS SOLER MARIA CRUZ  
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha creado una guía de ejercicios multicomponente adaptados a la capacidad funcional de distintos grupos de pacientes ancianos teniendo en cuenta resultados en la escala SPPB  
- Se ha dejado una carpeta para que todos los médicos del servicio tengan acceso a esta documentación y así poder entregarla a otros pacientes que no acuden a Hospital de Día de Geriatria, pero puedan beneficiarse de la realización de dichos ejercicios.  
- Se ha explicado la guía de ejercicios a los pacientes y se les han enseñado ejercicios durante su estancia para que los continúen de manera ambulatoria al alta de cara a un mantenimiento de situación funcional.  
-Se ha incluido en la valoración geriátrica de ingreso y alta: Tinetti (equilibrio y marcha), MNA, MEC, Pfeiffer, SPPB, Velocidad de la marcha, Barthel y dinamometría.  
- Se ha dado a los pacientes recomendaciones para prevención de caídas en función de resultados de escalas  
-Se ha realizado bioimpedanciometria para detección de sarcopenia en los pacientes que se estimaba oportuno y no tenían contraindicación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)  
90% el estándar propuesto es el 85%  
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia  
10% (no se había propuesto estándar; en bibliografía recogida en torno 10-30%)  
% de pacientes a los que se les realizan todos los test  
95% el estándar propuesto es el 80%  
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometria y se les realiza  
50% el estándar propuesto es el 75%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto nos ha ayudado a conocer la prevalencia de obesidad sarcopénica y sarcopenia existente en nuestros pacientes ancianos que habitualmente esta infradiagnosticada e infratratada.

En las consultas de revisión hemos preguntado a los pacientes si continúan haciendo los ejercicios aprendidos y entregados; encontrando una baja adherencia por lo que debemos reforzar de algún modo este punto esencial (llamadas? Insistir en su importancia en cada consulta? Involucrar más a familiares?).

La nutrición es un pilar muy importante también en el tratamiento de esta patología por lo que debemos insistir más en la adecuación de la dieta a las necesidades y gustos; suplementando cuando sea preciso.

Deberíamos realizar también bioimpedanciometria al alta para ver de una manera objetiva la ganancia muscular conseguida con la terapia de recuperación funcional realizada en Hospital de Día. Y podría ser interesante también repetirla en consulta de revisión para ver si se ha mantenido la ganancia.

#### 7. OBSERVACIONES.

No se ha cumplido el objetivo propuesto de realización bioimpedanciometria en parte por problemas técnicos informáticos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/799 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0799

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA (HDG)

##### Autores:

QUILEZ PINA RAQUEL MARIA, SANCHEZ LECINA CRISTINA, DOZ SAURA NIEVES, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, SOLER FRIAS CATERINA, OTAL PUEYO ELENA, ORTAS SOLER MARIA CRUZ, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Sarcopenia  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La sarcopenia es la pérdida de masa muscular esquelética por envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. En su etiopatogenia se incluyen diversos mecanismos tanto intrínsecos del propio músculo como cambios del sistema nervioso central, además de factores hormonales y de estilo de vida. La sarcopenia está directamente relacionada con la fragilidad y tiene implicaciones etiopatogénicas en la obesidad, la resistencia a la insulina y la inflamación. De todas las alternativas terapéuticas, sólo el ejercicio físico multicomponente ha demostrado eficacia en incrementar la masa muscular esquelética, combinado o no con suplementación nutricional o con vitamina D.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de la morbimortalidad asociada a la sarcopenia mejorando el pronóstico y la supervivencia  
Promover la participación activa de familiares/cuidadores  
Capacitar a los pacientes para mantener una alimentación saludable y realización de ejercicio físico multicomponente como parte de su actividad habitual.

##### MÉTODO

Población diana: Pacientes que acuden a recuperación funcional a Hospital de Día de Geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús  
Realización de valoración geriátrica integral  
Realización de bioimpedanciometría a los pacientes no portadores de prótesis metálicas ni marcapasos  
Realización de medidas antropométricas (IMC, pliegues tricótipal y subescapular, perímetro pantorrilla y brazo)  
Medición de fuerza por dinamometría de mano dominante  
Realización de escala Tinetti para valoración de marcha y equilibrio  
Realización de escala SPPB  
Realización de test cognitivos (MEC, Pfeiffer)  
Medición situación funcional (Barthel)  
Realización de test MNA para valoración de situación nutricional y clasificación en pacientes normnutridos, en riesgo y malnutridos  
Adecuación farmacológica de los pacientes ancianos  
Entrega de guía ejercicios físicos adecuados a la situación del paciente, basados en patología y SPPB, que serán similares a los realizados por el paciente durante su estancia en HDG para que los realice de manera ambulatoria

##### INDICADORES

% de pacientes a los que se les entrega guía de ejercicios del total de pacientes con sarcopenia (85%)  
% de pacientes en los que aparece el diagnóstico de sarcopenia  
% de pacientes a los que se les realizan todos los test (Tinetti, MNA, MEC, Pfeiffer, dinamometría, SPPB, Barthel) (80%)  
% de pacientes que no tienen contraindicación para realización de bioimpedanciometría y se les realiza (75%)

##### DURACIÓN

Revisión bibliografía mayo 2018  
Realización de guía ejercicios multicomponente adaptados a distintos SPPB junio-agosto 2018  
Inclusión de estos test en la evaluación al ingreso de los pacientes que acuden a HDG a partir de septiembre 2018 de forma indefinida  
Puesta en marcha de un programa de ejercicios multicomponente que se les entregara a los pacientes que acudan a HDG desde septiembre 2018 de forma indefinida

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0799**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LA CALIDAD DEL CRIBADO DE LA SARCOPENIA PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRIA (HDG)**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL PUEYO MOY  
· Profesión ..... INFORMÁTICO/A  
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JARAMILLO GONZALEZ ROSA  
ESCARIO MUR PILAR  
CALVO PARDO AURORA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El cambio que supuso que el Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca pasara de dos a una persona para realizar las tareas administrativas, supuso una amenaza en la calidad del Programa y en la satisfacción de las usuarias, pero una oportunidad que obligó al equipo a innovar en la organización del trabajo y a utilizar las nuevas tecnologías para facilitar la accesibilidad de las pacientes. La buena voluntad de los profesionales es imprescindible, pero el trabajo diario no debe basarse en esa circunstancia, es necesario protocolizar las actuaciones, organizar el trabajo e identificar responsabilidades.

En este marco se creó un grupo de mejora formado por la Coordinadora del Programa, la responsable administrativa, la informática del Hospital y otra profesional de la administración del centro ubicada físicamente en el edificio anexo y que reunía una de las condiciones que hemos comentado era imprescindible pero no única: la buena voluntad y la motivación profesional.

- Se acordó y así se hizo desviar hacia la administración una de las dos líneas telefónicas con las que el PPCM cuenta y que estaban atendidas por una única persona

- Se instaló el acceso al Programa informático propio del PPCM desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que se tuviera acceso desde el puesto de trabajo de administración.

- Se ha creado un gmail para utilizar el "drive", compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono. La comunicación es en tiempo real entre los dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal

- En los tres primeros meses de funcionamiento, al recepcionar las llamadas se realizó y se registró una pregunta / encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

- Se han registrado las reclamaciones vía telefónica, ya que no se ha conseguido que se documenten.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones:

98.2% (no se han presentado reclamaciones escritas. Se han registrado llamadas tfno. y presenciales reclamando por las dificultades de acceso. Todas las reclamaciones han sido por el mismo motivo. Solo hubo una reclamación por problema de trato)

% de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento 68%

% de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento 29.3%

% usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos 2.7%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se ha conseguido que ninguna usuaria presente reclamación escrita, aunque se ha instado a ello a numerosas pacientes que se quejaban por la dificultad de acceso telefónico.

No pareció ético retrasar la medida, y antes no se medía la dificultad de acceso, por lo que los indicadores miden la accesibilidad tras la implementación de las acciones.

Las situaciones difíciles aportan a veces oportunidades de mejora.

La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares, tenemos que aprender a abrir los ojos para ver con que medios a nuestro alrededor podemos contar

Ampliar los equipos de trabajo con personas motivadas profesionalmente consigue buenos resultados y aumenta la motivación en el trabajo aunque aumenten las cargas

Las medidas adoptadas han resultado útiles, mejorando la accesibilidad, pero no es suficiente

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/261 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0261

Título  
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA

HUESCA

Autores:  
PUEYO MOY MARIA ISABEL, JARAMILLO GONZALEZ ROSA MARIA, ESCARIO MUR MARIA PILAR, CALVO PARDO AURORA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Actividades preventivas  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos: .....

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama de la Provincia Huesca ha contado con dos personas durante 15 años para realizar las tareas administrativas. Por circunstancias ajenas al Programa, desde septiembre de 2017 se ocupa de todas las tareas una auxiliar administrativa. Las tareas han cambiado a lo largo de estos años, eliminando el archivo físico que constituía una parte importante del trabajo. Por otra parte se han incorporado tareas nuevas más especializadas derivadas de la digitalización de las imágenes como el volcado de imágenes al PACS desde un disco duro extraíble donde se han almacenado las imágenes obtenidas en la Unidad Móvil de Mamografías. Una de las tareas que más tiempo requiere es la atención telefónica. Con una sola persona para dos líneas telefónicas no se puede dar una atención de calidad y se dificulta la accesibilidad al Programa.

#### RESULTADOS ESPERADOS

General: Mejorar la calidad asistencial en el PDPCM  
Específicos:  
Mejorar la accesibilidad de las usuarias al Programa de Detección Precoz del Cáncer de mama  
Aumentar la satisfacción de las usuarias con el PDPCM

#### MÉTODO

Acceso al Programa informático desde la administración del Hospital (Edificio Anexo), para que tenga acceso otra profesional que desarrolla habitualmente su trabajo en administración  
Creado un gmail para utilizar el "drive", compartiendo un calendario donde se registran los huecos de citación y poderlos ocupar por usuarias que llaman por teléfono.  
La comunicación es en tiempo real entre las dos profesionales y en ningún momento se utilizan datos de carácter personal  
Al receptionar las llamadas se realizará y se registrará una Pregunta encuesta: ¿Es la primera vez que nos llama? ¿Cuántas veces lo ha intentado? (1, 2, >2)

#### INDICADORES

- % de usuarias que han contactado telefónicamente al primer intento
- % de usuarias que han contactado telefónicamente al 2º intento
- % usuarias que han contactado telefónicamente con más de 2 intentos
- % reclamaciones (escritas, presenciales o telefónicas) por dificultades en el acceso / total de reclamaciones

#### DURACIÓN

ABRIL 2018:  
- Instalación de PPCM en ordenador de administración  
- Desvió de llamadas a administración  
OCTUBRE 2018:  
- Análisis de los primeros datos y valoración de la mejora  
DICIEMBRE 2018  
- Análisis final

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0261**

**1. TÍTULO**

**MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD DE LAS USUARIAS AL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER (PDPCM) DE MAMA DE HUESCA**

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA GARCIA CORTES  
· Profesión ..... LOGOPEDA  
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CHARTE GASCON MARTA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de una Guía que incluye una hoja de ruta, en la que se plasman todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia.

Así mismo, se incluyen una serie de documentos que, a modo de plantilla, son cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias.

Se ofrecen sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas imparten formación sobre la disfagia, y presentan la Guía.

Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responden a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intrahospitalario antes y después de la realización de las sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Objetivos:

1. Mejorar la formación del personal sanitario en DO.

1.1. Impartir acciones formativas adaptadas a los grupos profesionales.

Indicador: -Realización de sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

1.2. Aumentar el grado de conocimiento en relación a la DO.

Indicador: -Mejora en, al menos, un 20% del grado de conocimientos de las profesionales.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados de los cuestionarios de evaluación previos y posteriores a la formación.

Resultado: - Mejora de un 21% en auxiliares de enfermería, y de un 35,8% en enfermeras.

2. -Mejorar la coordinación entre servicios.

2.1.-Presentar la guía de abordaje de la DO a los agentes implicados.

Indicador: -Realización de sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

2.2.-Implementar modelos de comunicación por escrito entre logopedia y enfermería.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

Indicador 2: -Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.

Métodos de evaluación: -Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ. -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -Explicación y entrega de los modelos.

Indicador 3: -Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.

3. Mejorar la detección de los pacientes con DO.

3.1.-Comunicar grupos de riesgo y signos clínicos de DO a enfermería.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones formativas impartidas.

Indicador 2: -Presentación de los documentos de grupos de riesgo y signos clínicos de DO.

Métodos de evaluación: -Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.

-Cronograma acciones formativas.

Resultados: -Explicación y entrega de los documentos.

4. Mejorar el tratamiento de la DO y reducir sus complicaciones derivadas.

4.1.-Formar al personal en relación a ello.

Indicador: -Realización de las sesiones formativas.

Método de evaluación: -Cronograma acciones formativas.

Resultado: -4 sesiones de formación impartidas.

4.2.-Mejorar la adaptación y seguimiento individual de las medidas compensatorias.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Indicador:-Presentación de los modelos de comunicación entre profesionales.

Método de evaluación:-Guía de abordaje hospitalario de la DO en el HSCJ.

-Cronograma acciones formativas.

Resultado:-Explicación y entrega de los modelos.

Indicador 2:-Entrega de las indicaciones a enfermería en, al menos, un 95% de los pacientes.

Método de evaluación: -Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

Resultado: -Se entregaron indicaciones sobre un 95,45% de los pacientes atendidos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El escribir y estructurar el plan de mejora de este modo nos ha ayudado a su implementación y seguimiento. Hemos comprobado que la comunicación entre profesionales es de vital importancia para el abordaje de los pacientes con disfagia oro-faríngea. Nos gustaría investigar y cuantificar esta relación: el grado de información del resto de profesionales del paciente, con el grado de mejoría en el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/927 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0927

Título  
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

Autores:  
GARCIA CORTES MONICA, CHARTE GASCON MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: DISFAGIA  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta, para minimizar las complicaciones secundarias a la disfagia, y reducir así la duración de las estancias hospitalarias, y las rehospitalizaciones y fallecimientos causados por este trastorno

#### RESULTADOS ESPERADOS

- mejorar la formación del personal sanitario en disfagia
- mejorar la coordinación entre servicios
- mejorar la detección de los pacientes con disfagia
- mejorar el tratamiento de la disfagia
- reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.

#### MÉTODO

Elaboración de una Guía que incluya una hoja de ruta, en la que se plasmarán todas las actuaciones de los diferentes grupos implicados, de cara a la detección, exploración, tratamiento y comunicación de las medidas compensatorias y medidas de prevención de complicaciones secundarias a la disfagia. Así mismo, se incluirán una serie de documentos que, a modo de plantilla, serán cubiertos por las logopedas para informar en relación a las medidas compensatorias establecidas para cada paciente, tanto al personal del hospital como al propio paciente y sus familias. Se ofrecerán sesiones formativas al personal de enfermería y a auxiliares de enfermería, en las que las logopedas impartirán formación sobre la disfagia, y presentarán la Guía. Las auxiliares de enfermería y el personal de enfermería responderán a un cuestionario sobre el grado de conocimiento en torno a la disfagia y su manejo intra-hospitalario antes y después de la realización de las

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0927

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE ABORDAJE DE LA DISFAGIA ORO-FARINGEA EN CSS SGDO CORAZON DE JESUS DE HUESCA

sesiones formativas, para constatar el aprovechamiento de esas acciones .

#### INDICADORES

-Realización de sesiones formativas: >= 4

-Mejora del grado de conocimientos de las profesionales: > 20% tras la sesión formativa con respecto a test inicial

-Utilización de los modelos de comunicación entre profesionales: > 95% de pacientes ingresados con disfagia

#### DURACIÓN

PRIMER TRIMESTRE 2018: Elaboración de la Guía por parte de las Logopedas

SEGUNDO TRIMESTRE 2018: FORMACIÓN A PROFESIONALES

SEGUNDO SEMESTRE 2018. REGISTRO COMUNICACIÓN

EVALUACIÓN FINAL Y CORRECCIÓN DE VARIACIONES SOBRE LO PLANIFICADO EN DICIEMBRE.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA CHARTE GASCON  
· Profesión ..... LOGOPEDA  
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GARCIA CORTES MONICA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización.

-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### Objetivos:

-Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.  
-Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.  
-Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

##### Indicador:

-Aumento en un año de, al menos, un 20% de las intervenciones a familias de pacientes con DO.

##### Método de evaluación:

-Análisis de los resultados del registro de las intervenciones del equipo de Rehabilitación del HSCJ.

##### Resultados:

-Se incrementó en un 48,21% el número de intervenciones a familias de pacientes con DO, con respecto al año anterior.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A través de este plan hemos comprobado la importancia de la comunicación con las familias de los pacientes con disfagia oro-faríngea, de cara a mejorar el tratamiento de la disfagia. Nos surge la idea de lo interesante que sería cuantificar esta relación: entre familia informada y pronóstico de la disfagia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1009 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1009

Título  
MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

Autores:  
CHARTE GASCON MARTA, GARCIA CORTES MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Disfagia  
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1009

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COMUNICACION ENTRE EL PERSONAL DE LOGOPEDIA Y LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA

##### PROBLEMA

La disfagia oro-faríngea es una de las principales causas de neumonía en la ancianidad, así como de desnutrición y deshidratación. Desde la unidad de Logopedia del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, se evidencia la necesidad de mejorar el abordaje de este trastorno, tanto durante la hospitalización como al alta. Se ha detectado la necesidad de mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia, tanto durante la hospitalización de los enfermos con disfagia como al alta domiciliaria, para garantizar el seguimiento de las indicaciones dadas desde nuestro servicio.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el tratamiento de la disfagia oro-faríngea.
- Reducir las complicaciones derivadas por la disfagia.
- Mejorar la comunicación entre el servicio de logopedia y las familias de los pacientes con disfagia.

##### MÉTODO

-Elaboración de plantillas de comunicación para comunicar por escrito las medidas compensatorias y recomendaciones en torno a la deglución de cada uno de los pacientes con disfagia valorado y/o tratado en el servicio de logopedia: un documento será entregado al inicio del ingreso y otro al finalizar la hospitalización  
-Entrega de la documentación y explicación verbal de la misma a las familias de los pacientes con disfagia: tanto al inicio de la hospitalización como al alta.

##### INDICADORES

-Aumento del número de intervenciones a las familias de los pacientes con disfagia: aumento de al menos un 20% con respecto al año anterior.

##### DURACIÓN

Primer semestre 2018: elaboración de los modelos de comunicación para las familias de los pacientes con disfagia.  
Segundo semestre 2018: registro de las comunicaciones con las familias.  
Diciembre 2018: Evaluación final y corrección de variaciones sobre lo planificado.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARTIN LAHUERTA  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... H JACA  
· Localidad ..... JACA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ALLER CONDE MARIA  
CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES  
CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA  
FERRER POSA LAURA  
GAZO ORTIZ DE URBINA ANA  
HERRER PURROY LORENA  
NAVARRO GIL CELIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Compra de la lenteja (disco-sit), sufragada por los componentes del equipo de mejora.  
Se realiza un manual de uso del disco sit, accesible a todo el equipo y de fácil interpretación.  
Se elabora un cuestionario de recogida de datos y satisfacción de la usuaria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las usuarias ven de forma positiva el uso del disco-sit cuando se les propone su uso.  
Las mujeres usuarias de epidural son más participes de su parto y más conscientes del mismo al no encontrarse estáticas en la cama durante la dilatación.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto se vio dificultada por la carencia de un disco -sit apropiado en la unidad, por lo que los miembros del equipo de mejora sufragaron los gastos para comprar uno.  
Se vió que la mejor forma de presentar el material y su uso no era una reunión con todo el equipo como se planteó al principio. Se valoró la posibilidad de realizar un manual de uso, ya que no requiere una técnica compleja ni dificultosa.  
Queda pendiente recoger más datos que corroboren la consecución de los objetivos marcados.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/235 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0235

Título  
USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Autores:  
MARTIN LAHUERTA MARIA, ALLER CONDE MARIA, CARRASCO GARCIA MARIA DE LOS ANGELES, CEBRIAN RODRIGUEZ PATRICIA, FERRER POSA LAURA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, HERRER PURROY LORENA, NAVARRO GIL CELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La pelvis materna tiene cierta capacidad de movimiento entre sus huesos. Los movimientos se producen en las articulaciones propias de la pelvis, provocando una modificación de su morfología interior por donde pasará el feto.

En el parto, la pelvis adapta su forma a la cabeza del bebé. Cada milímetro ganado facilita más su paso.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

Comprender que la pelvis se mueve y que deforma su interior significa un gran paso para no obstaculizar ese movimiento en el momento del parto.  
En el medio hospitalario, el uso intraparto de la epidural está muy extendido. Tras su administración las mujeres dejan de adoptar posiciones que facilitan la apertura de su pelvis ya que los movimientos quedan prácticamente anulados, dificultando así el paso de la cabeza. A veces, a pesar de lograr dilatación completa el descenso de la cabeza no se efectúa por la limitación de movimientos y deriva en una cesárea o que el descenso sea "asinclítico" y precise un parto instrumental. El índice de cesáreas y partos instrumentados planteado por la Estrategia al Parto Normal (2012) para cumplir estándares de calidad se encuentra por debajo del 15%. En 2017, hemos reducido la tasa de cesáreas a un 20.6% con una tasa de instrumentación de 22.9%. Debido a la mayor morbilidad materno-fetal derivada de las intervenciones quirúrgicas se plantea un problema de salud que se presenta en pacientes (mujeres en trabajo de parto con analgesia regional) con unas necesidades específicas (limitación de la movilidad).  
La esferodinamia facilita la dilatación, pero cuando se administra la epidural el proceso se suspende por la imposibilidad de la mujer de permanecer de pie de forma autónoma. La lenteja (disco-sit) permite la libertad de movimientos pélvicos, sustituyendo la esferodinamia clásica cuando no es posible tras la epidural, contribuyendo así a la dilatación y a la consecución de un parto eutócico. Posibilita el balanceo pélvico y el movimiento libre de las articulaciones de pelvis, columna y cadera, favoreciendo la ampliación de los diámetros pélvicos y evitando la contranutación sacra producida al estar apoyada contra una superficie dura (colchón) que dificulta el encajamiento de la cabeza.  
Es por ello que nos planteamos el uso de una herramienta económica y accesible a nuestra población, que nos permita favorecer la biomecánica en el proceso de parto y así reducir las distocias de dilatación o expulsivo, derivadas de malposiciones fetales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la mecánica del parto (descenso, flexión, encajamiento, rotación interna) aumentando los diámetros pélvicos y permitiendo mayor elongación de ligamentos y articulaciones pélvicas tras la epidural.
- Disminuir las cesáreas y partos instrumentales como consecuencia de no descensos por distocias de rotación o no encajamiento de la cabeza.
- Hacer partícipe a la mujer de su parto, a pesar de la limitación de movimiento que la epidural produce, mediante la lenteja
- Incrementar la satisfacción de las mujeres en el proceso de nacimiento.
- Fomentar el uso de medidas no farmacológicas que permitan una mejor evolución del parto normal.

#### MÉTODO

La matrona ofrecerá a la mujer la posibilidad de usar la lenteja, instruyéndola y adaptando las posturas que crea oportunas en función de las exploraciones realizadas.  
La paciente puede usarla sentándose sobre ella en la cama con las piernas cruzadas favoreciendo la entrada de la presentación fetal en la pelvis y descansar la espalda en la cabecera de la cama debidamente incorporada.  
En decúbito lateral, la mujer se puede colocar encima de la lenteja; así el sacro está libre y la presión de la lenteja sobre la cresta ilíaca superior permite ampliar los últimos planos del canal del parto, favoreciendo el descenso y el inicio de la expulsión fetal.  
En decúbito supino, la lenteja se puede colocar bajo la zona de la pelvis, debajo del sacro. Esto evita que el sacro quede fijado y pueda moverse con libertad.  
La recogida de datos la realizarán las matronas del equipo durante el periodo establecido, en una ficha diseñada para tal actividad.

#### INDICADORES

- Nº partos instrumentados por distocia de rotación o no descenso: Nº partos intervenidos por distocia / total mujeres que usan la lenteja.
- Nº cesáreas con dilatación completa sin existencia de compromiso fetal previo: Nº cesáreas sin compromiso fetal/ total mujeres que usan lenteja
- Nº horas de dilatación: Nº horas dilatación de mujeres que usan la lenteja.
- Nº horas en expulsivo: Nº horas expulsivo de mujeres que usan la lenteja.
- Nº partos eutócicos: Nº partos normales con uso de lenteja / total de partos.

#### DURACIÓN

- Inicio: una vez confirmada la aceptación por la comisión de calidad.
- Preparación del personal: se reunirá al personal de paritorio para presentar el material y su uso en una sesión de una hora aproximadamente.
- Primera monitorización: 6 meses después del inicio
- Segunda monitorización: 12 meses después del inicio
- Finalización: Evaluación de resultados y valoración de implementación definitiva del proyecto.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0235

### 1. TÍTULO

#### USO DE LA ESFERODINAMIA DURANTE EL PARTO EN SITUACIONES DE LIMITACION DE MOVIMIENTO

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALLER CONDE  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... H JACA  
· Localidad ..... JACA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

GAZO ORTIZ DE URBINA ANA  
FERRER POSA LAURA  
HERRER PURROY LORENA  
SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL  
PRADAS SANZ MARIA  
MARTIN LAHUERTA MARIA  
MEDRANO LOPEZ ERIKA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una recopilación de partogramas de hospitales aragoneses, de hospitales de otras Comunidades Autónomas y se revisó el partograma recomendado por la OMS para el establecimiento de la recogida de datos de interés y de las líneas de acción en obstetricia.

Se establecieron reuniones periódicas con el servicio de obstetricia para establecer los datos a recoger en el mismo y posibles mejoras del partograma en uso. Fueron en total 4 reuniones con todo el equipo para la puesta en común.

Se acordó una reunión con supervisora y equipo de planta que recibe a la puérpera y al recién nacido en planta de hospitalización una vez se tuvo el boceto del partograma y los datos a registrar en la epicrisis del parto. Así queríamos mejorar la comunicación escrita con este servicio de cara a una mejora en la asistencia y en la efectividad de las actividades a realizar sobre la madre y el recién nacido incluyendo datos y registros de la estancia en puerperio inmediato.

Por último se presentó el nuevo partograma al servicio de pediatría que asiste en sala de partos para posibles mejoras en la recogida de datos en lo concerniente al recién nacido.

Se consensuó con servicio de documentación del Hospital San Jorge el procedimiento para enviar el nuevo partograma, maquetación y codificación con número de formulario para que pudiese ser suministrado por almacén con el resto de registros enfermeros oficiales utilizados en el Hospital de Jaca.

A día de hoy, el nuevo partograma, está enviado al servicio de documentación del Hospital San Jorge con el acuerdo de todo el equipo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido un nuevo partograma para nuestra unidad de obstetricia del Hospital de Jaca para la mejor recogida y comunicación con los servicios que atienden a la madre y al recién nacido.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La necesidad de un mejor registro en nuestro hospital tanto a nivel legal como a nivel funcional en relación al parto era una necesidad que se perseguían desde hacía tiempo. Con este proyecto se ha resuelto, con implicación de varios servicios, este registro y queda resuelta la demanda.

Queda pendiente la valoración tras la implementación del mismo, que no se incluían en este proyecto pero que se realizará en un continuo por seguir mejorándolo en caso de necesidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1282 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1282

Título  
MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:  
ALLER CONDE MARIA, GAZO ORTIZ DE URBINA ANA, FERRER POSA LAURA, HERRER PURROY LORENA, SANMIGUEL VILLEGAS CARLOS MIJAIL, PRADAS SANZ MARIA, MARTIN LAHUERTA MARIA, MEDRANO LOPEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DE DILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El partograma es una herramienta para realizar un seguimiento del trabajo de parto, fue creada en el año 1954, desde entonces ha evolucionado incluyendo todo tipo de información. ayuda a monitorizar el trabajo de parto, se trata de una representación gráfica de los valores y de los eventos que se producen durante el parto, aparecen valores como los signos vitales de las parturientas, la frecuencia cardíaca de los fetos, el avance de la dilatación cervical, etc. Antes de Emmanuel Friedman no se había realizado ningún modelo exhaustivo de la evolución del trabajo de parto. Fue así que en 1954 él estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto

En 2008 el Ministerio de Sanidad elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto normal en la que establece que el uso del partograma reduce los partos prolongados, el uso de oxitocina, las tasas de sepsis posparto y las tasas de cesáreas mientras que incrementa el índice de partos espontáneos. A su vez establece, con una recomendación A, que se utilice una línea de acción de 4 horas

En 2015, la OMS (Organización Mundial de la Salud) anunció esta herramienta como una de las más importantes en el campo de la atención obstétrica moderna, por ello, recomienda su uso a nivel universal.

En la actualidad, el Hospital de Alta Resolución del Pirineo cuenta con un partograma para la recogida de datos y para el seguimiento de la dilatación de manera efectiva y clara. La necesidad de una revisión del mismo se plantea por la mejora en el seguimiento de la dilatación, adecuarnos a las recomendaciones generales del Ministerio de Sanidad en su Guía de Práctica Clínica y establecer registros más exactos y de mayor utilidad para la continuidad de cuidados de la parturienta y del recién nacido.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se dirige a la mejora de las condiciones obstétricas de las parturientas en trabajo de parto y un mayor control de los sucesos intraparto y periparto en recién nacidos con los siguientes objetivos:

-Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.

-Proveer a las matronas, personal médico y de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto que ofrezca mejor información del proceso y de eventos anteparto a destacar.

-Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.

-Reducir el índice de operaciones cesáreas y los resultados adversos perinatales mediante el establecimiento de líneas de alerta y de acción.

#### MÉTODO

- Se realizará una recopilación de diferentes partogramas de la Comunidad aragonesa y Comunidades vecinas y del partograma recomendado por la OMS.

- Se realizará una búsqueda bibliográfica para la adecuación a la evidencia científica sobre curvas de dilatación y fases.

- Se establecerán reuniones mensuales con el equipo de Obstetricia de Hospital de Jaca para poner en consenso los puntos o parámetros a modificar.

- Una vez se llegue al consenso de las modificaciones, se establecerá una reunión con el Servicio de Documentación de Sector de Huesca para establecer la maquetación del partograma y elaborarlo.

- Reuniones con el Servicio de Obstetricia postimplantación para nuevas revisiones y posibles modificaciones

#### INDICADORES

El indicador de consecución de objetivo lo marcará la puesta en marcha del nuevo partograma en nuestro servicio.

#### DURACIÓN

La duración del proyecto será de un año aproximadamente:

- Recopilación de partogramas : 1 mes

- Búsqueda bibliográfica: 1 mes

- Reuniones de Servicio : mínimo 2

-Maquetación por parte de Servicio de Documentación: en dependencia del mismo

- Puesta en marcha del nuevo partograma: 2 meses

- Reunión de revisión postimplantación: Al menos 1

- Correcciones, mejoras

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1282**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LA RECOGIDA Y REGISTRO DE DATOS EN EL PERIODO DEDILATACION, PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO: NUEVO PARTOGRAMA DEL HOSPITAL DE JACA**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1162

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MANUEL GRACIA BARRANCO  
· Profesión ..... TER  
· Centro ..... H JACA  
· Localidad ..... JACA  
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRIAS RAMON MARIA PILAR  
RAUSELL MINGOTES PILAR  
GIMENEZ NAVARRO CARMEN  
ROCA CAMPO MIRIAM  
ALMEIDA ESCARTIN NURIA  
TROBAJO NAVARRO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de un protocolo del uso de arco quirúrgico.  
-Revisión y consenso del protocolo por todo el personal sanitario implicado.  
-Difusión e implementación del protocolo.  
-Realización de una encuesta de satisfacción entre el personal sanitario implicado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados de la encuesta para valorar la satisfacción y las expectativas del personal sanitario implicado:

Nº de encuesta recibidas/ número encuestas entregadas: 100%

· Valoración grado de satisfacción entre los profesionales implicados:

-Grado satisfacción con la elaboración del protocolo: 85% muy satisfecho, 15 % moderadamente satisfecho.

-Grado de satisfacción con la difusión del protocolo: 85% muy satisfecho, 15 % moderadamente satisfecho.

· Valoración de las expectativas:

-Disminución de la variabilidad clínica: 100% muy de acuerdo

-Disminución de la tasa de repetición número de exposiciones inservibles / número total de exposiciones: 71.4% muy de acuerdo, 28.6% acuerdo intermedio.

-Disminución del tiempo de realización de examen: 85% muy de acuerdo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización del protocolo de uso del arco quirúrgico ha supuesto una disminución de la variabilidad clínica en dicho proceso y en el tiempo de realización del examen, mejorando la seguridad clínica del paciente. También se ha logrado un elevado grado de satisfacción entre los profesionales implicados.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1162 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1162

Título  
UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

Autores:  
GRACIA BARRANCO DANIEL MANUEL, FRIAS RAMON MARIA PILAR, RAUSELL MINGOTES PILAR, GIMENEZ NAVARRO CARMEN, ROCA CAMPO MIRIAM, ALMEIDA ESCARTIN NURIA, TROBAJO NAVARRO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1162

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE CRITERIOS EN EL MANEJO DEL ARCO QUIRURGICO

##### PROBLEMA

El arco quirúrgico es un instrumento utilizado principalmente para la obtención de imágenes radiológicas de alta resolución y calidad a tiempo real, en el ámbito quirúrgico. Este facilita las intervenciones quirúrgicas y permite corroborar los resultados de manera inmediata.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende unificar los criterios de uso de un arco quirúrgico por los profesionales que integran el servicio, asegurando los estándares de calidad requeridos.

##### MÉTODO

Las acciones previstas son la elaboración de un protocolo consensuado de uso del arco quirúrgico, acompañada de la difusión del mismo.

##### INDICADORES

Elaboración del protocolo.  
Difusión del mismo entre los miembros del servicio.

##### DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- mayo - agosto -> Redacción del protocolo.
- septiembre -> Aprobación consensuada del protocolo
- noviembre - diciembre -> Difusión.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

### 1. TÍTULO

#### QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EUGENIA PALANCA GRACIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H JACA  
· Localidad ..... JACA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... HUESCA

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

ALADREN PEREZ BELEN  
BORRA MOLINER ELISA  
GONZALEZ GARCIA RICARDA  
LACASTA VIVAS CARLOS  
LAVILLA VILLAVERDE CARMEN  
POVEDA SERRANO PILAR  
SUPERVIA ALONSO ALBERTO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos propusimos analizar desde el servicio de urgencias, mediante los siguientes indicadores las recomendaciones que elaboró la sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias (SEMES) sobre "Que no hacer", como objetivo principal de disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias. Realizando un estudio observacional, descriptivo y de carácter retrospectivo analizando estos indicadores:

1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieren el control de diuresis:

a. Revisar historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes con diagnóstico de : Insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, shock, sepsis, hematuria, retención orina.

b. ¿Han utilizado sonda vesical?

c. Indicaciones para el uso de sonda vesical para el control de diuresis en estos pacientes:

- Pacientes graves que requieran control estricto de la diuresis sin poder asegurar la micción espontánea voluntaria.

- determinados procedimientos quirúrgicos.

- retención y obstrucción urinaria.

- excepcionalmente para mantener seco la zona genital como en el caso de escaras locales, introducir medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos, proporcionar una drenaje continuo o de lavado continuo de la vejiga.

d. Fórmula: n° pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/n° de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100.

e. Estándar: 80%.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de : insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia respiratoria, disnea, infección respiratoria, neumonía, insuficiencia respiratoria, asma, bronquitis.

b. ¿ Se ha realizado gasometría arterial?

c. Indicaciones de realización de gasometría arterial:

- EPOC

- Exacerbación moderada o grave.

- Constataciones de O<sub>2</sub> bajas y/o sospecha de hipercapnia o carbonarcosis.

- Si es necesario por inicio o control de VMNI.

d. Insuficiencia cardiaca grave.

e. Asma si existen signos de:

- Crisis grave o de riesgo vital.

- Mala respuesta al tratamiento.

- Pacientes que no se puede mantener saturación por encima de 90% a pesar de oxigenoterapia.

f. Fórmula: n° pacientes que acude a urgencias por disnea a los que no se les realiza gasometría arterial/n° pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100.

g. Estándar: 80%

3. No realizar ecografía venosa de extremidades en pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y dímero-D negativo:

a. Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de "dolor en extremidades", TVP.

b. ¿Se realizó determinación analítica de dímero D?.

c. Se calculó la probabilidad clínica-escala de Wells (escala de Puesto clínico hospitalario, PCH).

d. Se derivó a Hospital de referencia para hacer ecografía venosa.

e. En aquellos pacientes con probabilidad clínica baja y dímero negativo, no precisan prueba de imagen ya que excluye el diagnóstico con seguridad por la baja incidencia de acontecimientos trombóticos (0,7%) durante el seguimiento a los 3 meses.

f. Fórmula: n° pacientes que acuden a urgencias y a los que no se derivan y/o no realizan Eco doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP en PCH (PCH)=0 )/ n° de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH=0)x 100.

g. Estándar: 90%.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

### 1. TÍTULO

#### QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir los antagonistas de la vitamina K:

- Revisar HCE de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva, hematuria, sangrado que requiera intervención quirúrgica por ejemplo el politraumatizado y además si están tomando sintrom, warfarina).
- ¿Se ha administrado protomplex/plasma?.
- Los concentrados de complejo de protombina sólo se deben utilizarse en pacientes con hemorragia grave y en aquellos que necesitan cirugía urgente. Plasma sólo debe utilizarse en este contexto si los concentrados de protombina no están disponibles o están contraindicado.
- Formula: nº de pacientes a los que no se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protombina para revertir a los antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia/nº de pacientes en tratamiento con antagonistas de de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x100.
- Estándar: 90%.

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:

- Revisar HCE de hemorragia digestiva alta y baja, valorar si se ha puesto SNG o no.
- Su colocación raramente modifica el manejo del paciente con hemorragia digestiva, no tiene capacidad de predecir la necesidad de tratamiento endoscópico, no tienen impacto de resultados, no cambia actitudes clínicas, puede asociarse a un importante número de complicaciones.
- Formula: nº de pacientes a los que no se les coloca SNG antes hemorragia digestiva/nº de pacientes que acuden a urgencias con hemorragia digestiva x100.
- Estándar: 95%.

Se han difundido todos estos datos, entre los profesionales de urgencias y de hospitalización y las recomendaciones de las Semes mediante sesiones clínicas. En la primera sesión clínica realizada en noviembre/18 además se explicó los objetivos de este trabajo de calidad y posteriormente tras la recogida y análisis de datos se ha hecho otra sesión clínica en enero/19 para exponer los resultados obtenidos y a que conclusiones se ha llegado.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### A.Muestra a estudio:

La población a estudio la formarán todos aquellos pacientes mayores de 14 años de edad que tienen como primer diagnóstico en el servicio de urgencias del Hospital de Jaca, los antes mencionados en el periodo comprendido desde el día 1 de septiembre del 2017 al día 30 de septiembre del 2018.

##### B. Descripción de la muestra.

Se obtuvo una muestra de 778 pacientes distribuidos, según el diagnóstico, de la siguiente manera:

- insuficiencia cardíaca :149
- edema agudo de pulmón:8
- shock :9
- sepsis :29
- disnea: 33
- EPOC : 49
- insuficiencia respiratoria :35
- infección respiratoria : 54
- neumonía: 99
- bronquitis :135
- asma :31
- dolor de extremidad : 16
- edema de extremidad : 4
- TVP :10
- hemorragia digestiva alta : 18
- hemorragia digestiva baja : 11
- ascitis : 6
- politraumatizado : 5
- hematuria : 42
- retención de orina : 34

De esos 778 pacientes, 457 eran hombres (58,7%) y 321 mujeres (41,3%).

En relación a la edad, la mayoría de los participantes tenían entre 78 y 98 años (47%), siendo el siguiente grupo de edad más numeroso, con un 28,5%, el que comprendía el intervalo entre 57-77 años. Así mismo, siguiendo la tendencia descendente en cuanto a frecuencia, se situarán con un 16,1%, 7,2% y 1,2% respectivamente los siguientes intervalos de edad: grupo de 36-56 años, 17-35 años y mayor o igual a 99 años.

##### C. Recogida de datos.

Accediendo a la historia clínica electrónica (HCE) del paciente y al episodio relativo a la fecha y diagnóstico que consta en el PCH para la obtención de las variables a estudio, siempre manteniendo en el anonimato los datos del paciente a estudio.

Con toda la información obtenida se cumplimentarán una tabla Excel para, posteriormente, realizar la tabulación y análisis de los datos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

### 1. TÍTULO

#### QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

D. Análisis y tratamiento de los datos.

A través de los programas:

Microsoft Office Excel para la codificación y tabulación de datos.

Microsoft Office Word para la redacción de informes y conclusiones.

SPSS para Windows (v.16.0) para el análisis estadístico de los datos obtenidos.

Microsoft Office PowerPoint 2007 para la realización del material de apoyo empleado en la presentación del trabajo.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas empleando porcentajes, y frecuencias absolutas mientras que, para las variables cuantitativas, además de las medidas anteriormente citadas, se utilizarán la mediana y la moda.

1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran control de diuresis:

De un total de 271 pacientes a un 31% (n=84) se les colocó sondaje vesical y a un 69% (n=187) no se les realizó, si lo analizamos según el diagnóstico con requerimientos para control de diuresis no se cumple el estándar establecido (80%) excepto en los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardiaca que no se realizó sondaje vesical (91,9%), en el resto que son edema agudo de pulmón (50%), shock (33,3%), sepsis (72,4%), hematuria (52,4%), retención orina (0,0%) no llegan al estándar establecido, además llama la atención que en el diagnóstico de sepsis predominan los pacientes no sondados ( de 29 pacientes en total, 8 consta que se realizó sondaje y en 21 no se realizó), que nos puede indicar que no se está realizando un control estricto de diuresis como indican las guías o que no consta en la historia clínica que se realizó este procedimiento.

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea:

Se analizó una muestra de 593 pacientes a los que un 67,5% no se les realizó por lo que no llegamos al estándar (80%) y si se realizó a una 32,5%. A los paciente que se les realizó mas este tipo de procedimiento ha sido con diagnóstico de edema agudo de pulmón (75%), EPOC (61,2%), insuficiencia respiratoria (57,1%) y cumplen el estándar a aquellos pacientes con diagnóstico de bronquitis (85,9%) y asma (93,5%). Cuando se analizaron todas estas historias clínica se llegó a la conclusión de que no consta que técnica se realiza, que tipo de gasometría si es arterial o venosa y en que condiciones se realizaba esta técnica (en estado basal o con oxígeno) y si se tenía en cuenta el estado basal de ese paciente (con que cifras de oxígeno tiene normalmente) para disminuir el número de gaometrías realizadas.

3. No realizar eco doppler a pacientes con baja sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) y D-dímero negativo:

Aquí tenemos una casuística baja (n=26) con un 57,69% que no se realizó ecografía por lo que estamos por debajo del estándar (90%) que puede ser debido también a la muestra baja de pacientes. Se les realizó D-dímero a todos pacientes con dolor de extremidad (n= 16) y sospecha de TVP (n= 10) siendo el resultado del mismo positivo en 15 ( 5 con diagnóstico de dolor de extremidad y 10 como primer diagnóstico de sospecha de TVP), a todos ellos se les derivó para realizar un ecografía a nuestro hospital de referencia, al no disponer en nuestro hospital de ecografía de urgencias. Además solo en un paciente quedó registrado el calculo de escala de Wells en su historia clínica que tenía D-dímero positivo y se derivó al hospital de referencia para realizar ecografía.

4. No administrar plasma o concentrado de complejo de protombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K :

De una muestra de 71 pacientes solo a uno se le administró complejo de protombina con diagnóstico de hemorragia digestiva alta y en tratamiento con sintrom . De estos 71 pacientes revisados con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (n=18), hemorragia digestiva baja (n=11) y hematuria (n=42), están tomando sintrom un 16,9% (n=12) . No se administró plasma ni complejo de protombina a un 98, 6% que supera el estándar establecido (90%).

5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas:

De un total de 29 pacientes (n=18 con diagnósticos de hemorragia digestiva alta, n= 11 con diagnóstico de hemorragia digestiva baja) a un paciente se le colocó la SNG que presentaba una hemorragia digestiva alta, es decir a un 96,6% no se colocó SNG por lo que estamos encima del estándar establecido (95%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un control mayor de diuresis en enfermos con patologías como las sepsis.

- Dejar reflejado en las historias clínicas las técnicas que se realiza (tipos de sondaje, gasometrías) y las condiciones en que éstas se llevan a cabo para no perder información para futuros estudios.

- Utilizar las escalas que tenemos en el PCH y registrarlas en la historia clínica.

- Mientras realizáramos este análisis de datos desde nuestro hospital de referencia surgió un nuevo protocolo sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP, por lo que en la segunda parte de este estudio valoraremos si hay una mejora sobre el manejo del paciente con sospecha de TVP tras la implantación del protocolo a seguir.

- Tras exponer con datos de este primera parte del estudio y exponer las conclusiones y los que hay que mejorar a los profesionales de urgencias y del hospital se volverán a hacer un segundo estudio entre el periodo de 1/10/18 hasta el 1/05/19 para ver si este estudio ha impactado de forma positiva en la optimización de recursos, evitar los riesgos secundarios a la realización intervenciones innecesarias y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

### 1. TÍTULO

#### QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/938 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0938

Título  
QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

Autores:  
PALANCA GRACIA EUGENIA, BORRA MOLINER ELISA, ALADREN PEREZ BELEN, GONZALEZ GARCIA RICARDA, LAVILLA VILLAVERDE CARMEN, LACASTA VIVAS CARLOS, POVEDA SERRANO PILAR, SUPERVIA ALONSO ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: VARIAS PATOLOGIAS  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Ante la situación actual de disminución de los recursos en los servicios de salud se ha hecho necesario el identificar y disminuir aquellos actos sanitarios sin una gran evidencia científica, lo que supone una falta de beneficio para el paciente, disminuye la seguridad del mismo ya que en muchas ocasiones estos actos pueden producir un daño en el usuario y aumenta los costes.  
Varias han sido las iniciativas y propuestas para intentar controlar el problema de realizar actuaciones médicas y diagnósticas como las do not do recommendations (dndR), u otras como «Chooseling wisely» o «Making prudent healthcare happen», cuyos principios giran en torno a: no hacer daño, llevar a cabo la intervención mínima apropiada o hacer exclusivamente lo que sabemos y podemos hacer bien, siempre en un contexto de renovación de las relaciones entre profesionales y usuarios basado en la corresponsabilidad para la obtención de los mejores resultados y la atención más equitativa.  
En 2013 el Ministerio de Sanidad realizó un "Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas" con objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, estableciéndose una línea de trabajo "Que No Hacer", sobre la cual Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)elaboró sus 5 recomendaciones.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Optimizar los recursos  
- Evitar los riesgos secundarios a la realización de intervenciones innecesarias  
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica  
- Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados

**MÉTODO**  
- Elaborar recomendaciones, criterios de inclusión y de derivación en relación a las recomendaciones "que no hacer" de SEMES  
- Difundir entre los profesionales de urgencias y hospitalización las recomendaciones de SEMES mediante sesiones clínicas  
- Medir el impacto de la intervención:  
- Situación previa a la intervención  
- Situación tras la intervención

**INDICADORES**  
1. No colocar sondaje vesical a todos los pacientes que requieran el control de la diuresis.  
a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad  
b. Formula: N° de pacientes a los que no se les coloca sonda urinaria para control de diuresis/N° de pacientes que se les debe controlar la diuresis x 100  
c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias que precisan control de diuresis  
d. Tipo: proceso  
e. Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencia (SU)  
f. Estándar: 80%

2. No realizar gasometría arterial a todo paciente con disnea

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0938

### 1. TÍTULO

#### QUE NO HACER EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE JACA

- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes que acude a urgencias por disnea a los que NO se les realiza gasometría arterial/ N° de pacientes atendidos en urgencias por disnea x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por disnea
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 80%

- 3. No realizar ECO doppler a pacientes con baja sospecha de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y Dimero D negativo
- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes que acuden a urgencias y a los que no se deriva y/o no realiza ECO doppler con baja sospecha de TVP (escala TVP de Puesto Clinico Hospitalario (PCH) = 0) y Dimero D negativo/ N° de pacientes que acuden a urgencias con baja sospecha de TVP (escala TVP de PCH= 0) x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias con sospecha baja de TVP
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 90%

- 4. No administrar plasma o concentrados de complejo de protrombina en una situación de no emergencia para revertir a los antagonistas de la vitamina K
- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes a los que No se les ha administrado plasma o concentrado de complejo de protrombina para revertir a los antagonistas de la Vitamina K en una situación de no emergencia / N° de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina K atendidos en situación de no emergencia x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por hemorragia grave y que toman antagonistas de la Vitamina K
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 90%

- 5. No se debe colocar una sonda nasogástrica (SNG) de forma rutinaria a todas las hemorragias digestivas (HD).
- a. Dimensión: eficiencia, riesgo y seguridad
- b. Formula: N° de pacientes a los que NO se les coloca SNG ante una HD / N° de pacientes que acuden a urgencias con HD x 100
- c. Población: mayores de 14 años atendidos en urgencias por HD
- d. Tipo: proceso
- e. Fuente de datos: Documentación y registro del SU
- f. Estándar: 95%

#### DURACIÓN

- Análisis de la situación previo a la difusión de las recomendaciones en septiembre 2018
- Dar a conocer las recomendaciones a través de sesiones clínicas y documento
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

### 1. TÍTULO

#### COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JAVIER CALLAU PUENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
NIVELA DURAND SOLEDAD  
SOLANO CHIA QUINTIN  
SANTOLARIA UBIETO MARIA JOSE  
ACIN CANFRANC LORENZO  
IZARBEZ PUENTE ALBERTO  
BORREL RONCALES LOURDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han delimitado todos los procesos, procedimientos e instrucciones de trabajo de la Unidad de Admisión y Documentación del Hospital S Jorge. Se delimitaron entradas y salidas.  
Se han priorizado los procesos mediante un sistema de puntuación individual por los miembros del equipo de mejora valorando la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, la repercusión en los pacientes y/o usuarios, el beneficio para el personal sanitario y la eficiencia (coste económico y en valores como tiempo)  
Se nombró propietario de cada proceso, siendo responsables de documentar el mismo, identificando al menos un indicador de medida del proceso

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se identificaron 6 Procesos operativos y 24 procesos secundarios. Se han documentado el 100 % de los procesos.  
Se han identificado un 90 % de los formatos  
Queda la implantación del registro

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Documentar todos los procesos por un único equipo de mejora, ha supuesto una importante carga de trabajo para algunos profesionales.  
Se valora positivamente lo que supone como normalización del trabajo del Servicio, lo que compensaría la carga de trabajo.  
Es necesaria la implicación de todo el personal para lograr registros bien cumplimentados que faciliten la elaboración de indicadores  
Sería de gran ayuda un cuadro de mando con los indicadores propuestos

#### 7. OBSERVACIONES.

El trabajo sirve de base para optar a certificación externa calidad tipo ISO 9001

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/546 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0546

Título  
COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S. JORGE DE HUESCA

Autores:  
CALLAU PUENTE JAVIER, NIVELA DURAND SOLEDAD, SOLANO CHIA QUINTIN, ACIN CANFRANC LORENZO, IZARBEZ PUENTE ALBERTO, BORREL RONCALES LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546

### 1. TÍTULO

#### COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA

##### PROBLEMA

Se ha visto la necesidad de normalizar todos los procesos que se realizan en la Unidad de Admisión y Documentación clínica del Hospital S. Jorge. No es tarea ni sencilla ni que se pueda acometer en un corto espacio de tiempo. El programa deberá implicar al mayor número de profesionales posible que trabajen en la Unidad, para que sean ellos los que definan quién, cómo, dónde, en cuanto tiempo se realizan todas las actividades, y de qué manera añadirán valor a la forma de hacerlo en la actualidad.

El servicio de Admisión es un pilar fundamental en el funcionamiento de los Hospitales. Su funcionamiento óptimo es fundamental para la gestión adecuada de recursos (camas, quirófano, pruebas diagnósticas, consultas externas, listas de espera...). En los últimos años las nuevas tecnologías han cambiado en gran manera la forma de trabajar y tanto el personal como procesos y procedimientos se han ido adaptando, pero la normalización facilitará el trabajo, aumentará la eficacia y la eficiencia no solo de este servicio, sino del Hospital en general lo que repercutirá en una mejora de la atención que se presta a los pacientes.

En el aspecto de la Documentación Clínica, la gestión de las historias clínicas entraña una gran dificultad por el volumen que se mueve diariamente, siendo el archivo una de las unidades con capacidad para mejorar. Además, se presenta la historia clínica informatizada como un nuevo reto.

Dentro de éste escenario en 2016 se plantearon las bases para tratar de alcanzar una certificación externa de calidad tipo ISO 9001.

A lo largo del año 2017 desde el SADC se han desarrollado hasta el 70% de los procesos por lo que para el 2018 que darían el 30% para llegar a conseguir el 100%.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir la normalización de todos los procesos de la Unidad de Admisión y Documentación clínica (finalización del 30% de los procesos que quedan por documentar).

- Proponer la certificación externa como garantía de compromiso con la calidad y la mejora continua

##### MÉTODO

? Identificar todos los procesos relacionados con el Servicio de Admisión y Documentación Clínica que faltan de normalizar.

? Delimitar la entrada y salida de los procesos

? Priorizar los procesos mediante un sistema de puntuación individual que valora la idoneidad, la oportunidad, la factibilidad, el beneficio que obtendrán los pacientes, el beneficio que obtendrá el personal sanitario, el coste económico o la mejora de la eficiencia.

? Nombrar los responsables de cada proceso.

? Documentar por el grupo de mejora.

? Identificar al menos un indicador por proceso.

? Normalizar formatos y registros.

? Plantear un sistema de auditoría interna, detectando áreas de mejora y observaciones o incumplimientos de lo normalizado.

? Revisión por la dirección

##### INDICADORES

Procedimiento de Ingreso (SI /NO)

Procedimiento de Traslado (SI /NO)

Procedimiento de Alta (SI /NO)

Proceso de coordinación organizativa del proceso asistencial en CEX (SI /NO)

Inclusión de pacientes en el registro de demanda quirúrgica (% de pacientes con datos incompletos o mal recogidos del total de pacientes incluidos el LEQ)

Preparación de dossieres para estudio-investigación (SI /NO)

Relación de puestos de trabajo (RPT) del SADC y definición del acceso informático. (SI /NO)

##### DURACIÓN

Fecha Inicio: 01/01/2018

Fecha finalización: 31/12/2018

Calendario:

? Primer semestre 2018: Revisión del total de los procesos definidos en su día e identificación de procesos que quedan hasta finalizar.

? Segundo semestre 2018:

1. Documentar el 30% de los procesos restantes.

2. Implantar

- Propuestas para 2019:

-Auditoría interna.

- Revisión por la Dirección

- Proponer la Certificación Externa.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0546**

**1. TÍTULO**

**COMPLETAR LA NORMALIZACION Y DOCUMENTACION DE LOS PROCESOS LLEVADOS A CABO EN LA UNIDAD DE ADMISION Y DOCUMENTACION DEL H. S JORGE DE HUESCA**

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS HIJAZO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BARBA LATAS VANESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Lectura detenida del documento RESCAL (Recomendaciones de Seguridad y Calidad en Alergología). Este documento fue publicado en enero de 2018 por el Comité de Calidad y Seguridad de la SEAIC (Sociedad española de Alergología e Inmunología Clínica) con el objetivo de proporcionar una serie de recomendaciones sobre recursos humanos, técnicos y estructurales y de tiempos en función del riesgo y complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- La alergóloga ha identificado y clasificado las enfermedades alérgicas y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las mismas de los 760 pacientes de primeras consultas visitados entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, así como el riesgo de realizar estos procedimientos. La clasificación se ha realizado en base a la anamnesis y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología en función del riesgo estimado, estableciéndose los niveles de riesgo A, B Y C. Para cada nivel de estratificación el documento RESCAL define los recursos técnicos, estructurales y humanos necesarios para su ejecución, así como el tiempo de dedicación asistencial requerido.  
Nivel A: Baja complejidad, corta duración (observación <2h), bajo riesgo de reacciones. Estas pruebas se pueden hacer en cualquier centro sanitario, con un nivel de asistencia bajo. Incluyen pruebas cutáneas, pruebas epicutáneas, espirometría, Test de broncodilatación.  
Nivel B: Mayor complejidad, Observación >2h (tiempo en el que el paciente ha de permanecer bajo vigilancia del personal sanitario), Riesgo moderado-Alto de reacciones. Se recomienda que estas pruebas se realicen en un Hospital de día de alergia, que podría ser intrahospitalario o extrahospitalario siempre que pueda garantizarse la posibilidad de atención urgente en escasos minutos y acceso a la unidad de críticos en un tiempo inferior a 15 minutos. Incluyen prueba de exposición de bajo riesgo a alimentos y medicamentos, administración de fármacos biológicos, inmunoterapia.  
Nivel C: Alta complejidad, supervisión y monitorización constante por parte de personal de enfermería o de facultativo especialista, Riesgo extremo por la gravedad potencial de la reacción o por la existencia de comorbilidad. Se trata de pruebas que precisan una estructura hospitalaria dotada de monitorización con acceso directo a UCI/REA/Urgencias, en donde poder atender a un paciente crítico, dotado con reanimación cardiopulmonar avanzada inmediata en caso necesario. Incluyen provocación bronquial inespecífica (metacolina), prueba de exposición de medio y alto riesgo con alimentos y medicamentos, desensibilización a medicamentos, inmunoterapia de riesgo.
- La enfermera entrenada especialmente en alergología ha realizado las técnicas diagnósticas y terapéuticas de alergología. Además, es la encargada del control de la conservación de extractos, del inventario, de las fechas de caducidad, de los suministros, etc.
- Se ha comprobado las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL y se ha intentado modificar la actuación en la práctica alergológica de nuestra Unidad en base a las recomendaciones de este documento.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las actuaciones que se hacen correctamente en la Unidad de Alergología del Hospital San Jorge según el documento RESCAL:

- Se comprueba periódicamente que el material para tratar reacciones anafilácticas está en stock y sin caducar
- Se tiene acceso a celadores rápidamente localizables para traslado de pacientes de forma urgente. Se dispone de una camilla con ruedas.
- Cuando se realizan pruebas de riesgo con fármacos o alimentos se comprueba que el paciente haya suspendido solo ese día betabloqueantes e IECA si los tomara por ser fármacos que, en caso de reacción anafiláctica, hacen que el paciente no responda bien a la adrenalina.
- Tener una UCI o un Servicio de Urgencias cerca para poder hacer pruebas de alergia con alimentos o medicamentos.
- Se dispone de un Electrocardiógrafo y carro de paradas cerca

De acuerdo con las recomendaciones del documento RESCAL en la Unidad de Alergología del hospital San Jorge habría que realizar las siguientes modificaciones:

- Poner en conocimiento de los gestores y otros especialistas la complejidad de los métodos diagnósticos y terapéuticos específicos de la especialidad
- Disponer de un Hospital de día de alergología definido en el documento RESCAL como lugar ubicado intrahospitalariamente donde se garanticen las medidas de seguridad en los procedimientos alergológicos y cierto grado de comodidad o confort para el paciente cuando el tiempo de observación previsto sea mayor de 2 horas o cuando el riesgo del procedimiento o situación basal del paciente aconsejen medidas adicionales de precaución. Es necesario 2 m<sup>2</sup> por paciente. En 20m<sup>2</sup> se pueden tratar hasta 10 pacientes. Las pruebas de provocación con alimentos o medicamentos, con independencia de la gravedad esperable, se debería de realizar en un hospital de día (por el período de observación superior a 2horas).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

- Disponer de un espacio o a sala de tratamiento de reacciones anexa a la sala de realización de pruebas aislada visualmente del resto de los pacientes del hospital de día.
- En la sala de pruebas faltaría un armario o vitrina para almacenar medicamentos.
- El personal que trabaja en la Unidad debería realizar un curso de reanimación cardiopulmonar cada 2 o 3 años.
- Estar familiarizado con el carro de paradas y saber utilizar el desfibrilador disponible.
- Realizar jornadas o sesiones de formación y actualización de los procedimientos en enfermería.

Para revisar la calidad asistencial entendida como éxito de los procedimientos y satisfacción de los pacientes atendidos se ha dispuesto indicadores de actividad, calidad e indicadores de rendimiento. Como indicador de actividad se ha utilizado el % de primeras visitas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018, siendo éste de un 58,38%. En promedio, sin valorar complejidad asistencial ni ajuste por plantilla, un servicio de Alergología realizaría unas 1.000 primeras visitas anuales por médico especialista, observándose que en la Unidad de alergología del Hospital San Jorge este registro en el año 2018 se superó, probablemente debido a que visitamos más pacientes de primer día en huecos de revisiones libres (una primera visita por cada dos sucesivas). En este año 2018 había huecos de revisiones libres debido a que esta Unidad fue creada en el año 2017. El % de visitas sucesivas del total de visitas entre el 30 de abril y el 21 de diciembre de 2018 ha sido del 41,61%. El porcentaje de consultas de alta resolución se ha estimado en un 17-20%.

Como indicador de rendimiento se ha utilizado el % de pacientes con enfermedad alérgica clasificados según el nivel de riesgo de los procedimientos del total de pacientes vistos en la consulta en el año 2018, que ha sido de un 66% desde abril de 2018. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel A ha sido de un 50%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel B ha sido de un 30%. El % de pruebas realizadas de complejidad nivel C ha sido de un 20%.

Como indicador de calidad se utilizó el % de pacientes sometidos a pruebas de exposición con alimentos o medicamentos en los que se comprobó que hubieran suspendido betabloqueantes e IECA el día de la prueba del total de pacientes sometidos a pruebas de exposición, que fue del 100%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los indicadores asistenciales actuales solo miden actividad de primeras consultas y sucesivas, sin ninguna relación con la complejidad de los procesos atendidos, de los tiempos de dedicación asistencial requeridos para el desempeño de la actividad asistencial, de los métodos diagnósticos y de los procedimientos terapéuticos que exigen profesionales preparados y condiciones adecuadas que garanticen la seguridad del paciente y la calidad del procedimiento. Por tanto faltan indicadores de actividad que reflejen esta complejidad. Creemos que sería interesante poder reflejar de alguna manera los tiempos invertidos en preparar las pruebas a realizar en pacientes complejos, el tiempo que se tarda en realizar un informe, y el tiempo invertido en valorar volantes de hojas de consultas e interconsulta virtual.

En un inicio se pensó en incluir como otro indicador de calidad las encuestas de satisfacción de los pacientes pero finalmente no las llegamos a incluir. Se podrían incluir para un proyecto posterior.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/353 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0353

Título  
RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Autores:  
ROJAS HIJAZO BEATRIZ, BARBA LATAS VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: patología alérgica  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0353

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA PRACTICA ALERGOLOGICA

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La práctica clínica alergológica ha de centrarse en las necesidades de los pacientes y en la población en general, y debe garantizar su seguridad y la calidad de la prestación.

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es proporcionar una serie de recomendaciones que permitan desarrollar la práctica clínica alergológica en ese contexto de calidad y seguridad, definiendo para ello las necesidades estructurales y los recursos humanos y de tiempo aconsejados para el desarrollo de dicha actividad.

##### MÉTODO

Las herramientas clínicas que permiten el diagnóstico de certeza son una historia clínica completa, pruebas cutáneas estandarizadas, pruebas in vitro fiables y pruebas de exposición controlada para confirmar el diagnóstico o asegurar la tolerancia, en cada caso.

Se establecen dos niveles de intervención:

1. Diagnóstica: identificación del paciente alérgico y búsqueda de alternativas.
2. Terapéutica: procedimientos de desensibilización, inmunoterapia o administración de biológicos.

##### INDICADORES

1. Identificación y clasificación de las patologías alergológicas de acuerdo con la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10)
2. Identificación y clasificación de los procedimientos incluidos en la cartera de servicios de la especialidad de alergología.
3. Clasificación de todos los procedimientos de acuerdo con su nivel de riesgo según consenso por parte de los comités de la SEAIC.
4. Definición de los recursos estructurales y humanos precisos para el desempeño de la actividad alergológica en relación con los procedimientos previamente descritos.
5. Definición de los tiempos asistenciales requeridos por el personal sanitario y por los pacientes para la realización de los citados procedimientos.

##### DURACIÓN

La fecha prevista de inicio será el 30 de abril de 2018 y la fecha prevista de finalización del proyecto el 21 de diciembre de 2018

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AINOHA GARCIA CLAVER  
· Profesión ..... QUIMICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PUZO FONCILLAS JOSE  
FERRER GIMENEZ MARGARITA  
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN  
LAVIÑA FAÑANAS CONCHA  
PALACIN BURREL SILVIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se mantiene la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa, tras el envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Este verano se ha revisado toda la documentación vigente del laboratorio y se han modificado y actualizado los documentos que se han considerado necesarios.
- Se ha realizado el cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Se ha incluido la PCR en el PTA-05\_HU(E)S\_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Se ha elaborado el PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces.
- Se ha elaborado el PTE-14 Mantenimiento de Equipo Sentifit 270
- En Julio y Agosto se han publicado los nuevos procedimientos y las revisiones en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- 21 de Noviembre de 2018. Se pasa la auditoría externa.
- A fecha de hoy (11-02-2019) está pendiente recibir el informe de auditoría interna para acometer los cambios y correcciones que se sugieren en ella.
- No obstante, ya se tiene preparada la una nueva revisión del PTA-31 Determinación de sangre oculta en Heces Sangre Oculta en Heces (revisión B) en la que se resuelven las desviaciones evidenciadas durante la auditoría.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conseguir mantenimiento de la acreditación y la inclusión de la bilirrubina directa en el alcance: Conseguido, junio 2018
- Inclusión de PCR en el PTA-05 (actualización) : Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Agosto 2018.
- Elaboración y publicación del nuevo PTA-31 Determinación de sangre oculta en heces y documentos relacionados: Conseguido, Publicado en Intranet Calidad Julio 2018
- % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%): Conseguido, se han incluido el 100% de ensayos propuestos.
- Actualización y revisión de documentos de nivel II y nivel III: Conseguido, actualizados 7 documentos de Nivel II y 22 de nivel III.
- Pendiente de recibir el informe de Auditoría interna por parte del equipo auditor.
- Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3: Pendiente, prevista Octubre de 2019.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido los objetivos propuestos en este proyecto de mejora. En vista de la buena evolución durante la auditoría interna, es previsible que cuando se realice la auditoría externa (Octubre 2019) el Alcance de la acreditación incluya de forma oficial a las técnicas de PCR y sangre oculta en heces. Se precisaría más de apoyo de personal administrativo para realización de tareas de documentación y registros. Además, se debería obtener mayor reconocimiento laboral por el desempeño de actividades que contribuyen al mantenimiento del Sistema de Calidad de los Laboratorios del Servicio Aragonés de Salud.

#### 7. OBSERVACIONES.

Habitualmente, las auditorías externas, como se recoge en la propia norma ISO 15189:2013 tienen una periodicidad no superior a 18 meses. Por este motivo, como la última auditoría a este servicio se realizó en Abril de 2018, la siguiente está prevista para Octubre de 2019. Una vez transcurra este proceso, se incluirán las nuevas determinaciones en el alcance de la acreditación para nuestro laboratorio.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/361 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0361

Título  
AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:

GARCIA CLAVER AINOHA, PUZO FONCILLAS JOSE, FERRER GIMENEZ MARGARITA, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, LAVIÑA FAÑANAS CONCHA, PALACIN BURREL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Acreditación ISO 15189 o Certificación ISO 9001

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. La implantación y el mantenimiento del sistema de gestión de calidad supone la necesidad de mejorar continuamente y también un esfuerzo añadido a la actividad asistencial del servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad y aumentar el alcance de la acreditación para las determinaciones de Proteína C reactiva y sangre oculta en heces.

MÉTODO

- Mantener la acreditación resolviendo las Observaciones halladas en la última auditoría externa.
- Envío del PAC (Plan de Acciones Correctivas) en el plazo establecido.
- Modificación de los procedimientos vigentes que se precisen según las observaciones de la auditoría externa.
- Cálculo de los coeficientes de variación (CV%) intraserie e interserie para la PCR y la sangre oculta en heces.
- Incluir la PCR en el PTA-05\_HU(E)S\_L-BQ Procedimiento de Análisis. Bioquímica General.
- Elaborar el PTA correspondiente, Procedimiento de análisis. Sangre Oculta en Heces.
- Elaborar el PTE correspondiente, Procedimiento de Equipos. Sentifit 270
- Incluir estos nuevos procedimientos y las nuevas revisiones de los procedimientos modificados en el Listado de Documentación en vigor en la intranet.
- Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
- Realizar la auditoría externa

INDICADORES

- Indicador: % de nuevos ensayos acreditados frente al total de propuestos (>50%)
  - Número de No Conformidades Mayores en Auditoría Externa <3.
- La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN

El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2018 se incluirán las nuevas técnicas a acreditar que se evaluarán en la auditoría externa de 2019 (plazo aproximado 18 meses).

El calendario propuesto es el siguiente:

- Mayo 2018: envío de PAC a ENAC con las acciones de mejora propuesta.
- Junio: Recepción de la reevaluación de la acreditación de ENAC con incorporación de la bilirrubina directa en el alcance (proceso previo).
- Junio: Incorporación de PCR al Procedimiento de Análisis de Bioquímica General
- Julio-Agosto-Septiembre: Preparación de los procedimientos y documentación correspondientes a la Determinación de sangre oculta en heces.
- Octubre 2018: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
- Noviembre 2018 (estimado): Auditoría interna SALUD.
- Primer trimestre de 2019 (estimado): Resolución de desviaciones detectadas en la auditoría interna
- Octubre 2019 (estimado): Auditoría externa ENAC.

OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0361**

**1. TÍTULO**

**AMPLIACION Y MANTENIMIENTO DEL ALCANCE DE LA ACREDITACION ISO15189 EN EL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1180

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 27/02/2019

#### 2. RESPONSABLE ..... CARMEN LLIMIÑANA ORDAS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H SAN JORGE
- Localidad ..... HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
- Sector ..... HUESCA

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

PUZO FONCILLAS JOSE  
BUENO MORENO ANTONIO  
SUBIAS LONCAN MARIANO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Estudio del flujo de trabajo del personal y de llegada de muestras urgentes al Laboratorio
- Análisis de los tiempos de demora, de respuesta y de procesamiento en los equipos analíticos
- Seguimiento de las muestras en tiempo real: "Gemba Walk"
- Identificación de problemas, interrupciones y limitaciones para el trabajo
- Observación de la disponibilidad y acceso al material de uso continuo y diario
- Documentación gráfica de la situación y espacios antes y después de la toma de decisiones
- Solución de problemas, corrección de dificultades y de errores perpetuados en las secuencias y métodos de trabajo, así como en la organización de espacios
- Eliminación de barreras y puesta en orden de los elementos almacenados durante años: material de trabajo inapropiado, cables, mobiliario mal dispuesto, protocolos no actualizados, dispositivos en desuso, libros de consulta antiguos, soportes informáticos desfasados, equipos sin uso, superficies infrautilizadas
- Implementación de áreas de trabajo

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Flujos de trabajo mejorados y más resolutivos
- Espacios libres de obstáculos y optimizados
- Orden y limpieza en zonas de alto rendimiento y volumen de trabajo
- Actualización de protocolos y elementos de consulta
- Material ordenado con fácil accesibilidad ("cada cosa en su sitio y cada sitio para una cosa"; eliminación de material no útil ni adecuado
- Mejora en el rendimiento y satisfacción personal; renovado interés por el puesto de trabajo y mantenimiento en perfectas condiciones del mismo por parte de los trabajadores de la sección

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido mejorar de forma notable y satisfactoria para todos el área y modo de trabajo correspondiente al Laboratorio de Urgencias, zona de alto tránsito personal y alta de carga de trabajo, con mínima remodelación de espacios y reubicación de materiales y equipos analíticos disponibles.

#### 7. OBSERVACIONES.

El compromiso y análisis conjunto de todos los profesionales (facultativos y T.E.L) que trabajamos en esa área ha sido primordial para el cumplimiento de los objetivos propuestos y consenso de decisiones tomadas, en el beneficio del trabajo diario de todos y de fidelidad a los pacientes cuyas muestras analíticas procesamos con máximo rigor y profesionalidad con el mínimo tiempo de demora. Agradecemos a Beckman Coulter® su apoyo y formación en el sistema LEAN que nos ha descubierto un nuevo modelo, que ha sido y será, de gran utilidad en la gestión y organización de nuevas áreas en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca en el futuro próximo.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1180 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1180

Título  
APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:  
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, PUZO FONCILLAS JOSE, BUENO MORENO ANTONIO, SUBIAS LONCAN MARIANO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1180

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DEL SISTEMA DE GESTION LEAN Y METODOLOGIA "5S" EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Actuación en Laboratorio de Urgencias  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El Laboratorio de Urgencias desempeña un papel clave dentro del Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital, debido a las propias particularidades de funcionamiento que lo diferencian del resto de Laboratorios de rutina y lo convierten en una Unidad prioritaria de proyección de mejora dentro del Servicio.  
En este área existe una mayor presión asistencial y el tiempo de respuesta depende de factores como:  
- motivación constante del personal (turnos)  
- organización del puesto de trabajo ( muchas personas)  
- distribución de espacios ( limitado)  
- utilización de analizadores y material ( con frecuencia compartidos con rutina)  
- atención a la principal línea telefónica de nuestro Servicio

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el rendimiento profesional del personal técnico especialista en Laboratorio (T.E.L.), atendiendo a la mejor utilización de espacios, tanto físicos como virtuales, con re-estructuración de flujos de trabajo mediante la implantación del sistema de mejora continúa "LEAN" y metodología de trabajo "5s"(modelo de gestión empresarial enfocado a obtener mejores resultados y máximo valor en el trabajo con los recursos disponibles), con el fin de conseguir un sistema consensuado de organización del área y sus recursos.

##### MÉTODO

- Introducción, motivación y formación por parte del responsable facultativo del Laboratorio de Urgencias a los T.E.L. en el sistema LEAN  
- Implicación del personal usuario del área en la identificación de problemas, de procesos y toma de decisiones consensuadas para su posterior implantación  
- Formación de grupos multidisciplinares para la participación en el análisis del sistema organizativo de trabajo, aplicable al Servicio de Laboratorio:  
seleccionar, eliminar, estructurar, estandarizar y mantener  
- Adquisición de nuevas herramientas de organización y gestión (LEAN)

##### INDICADORES

- Material gráfico del "antes y después"  
- Identificación de errores y correcciones establecidas  
- Mapa de procesos de resolución de problemas  
- Paneles con fotos de la estandarización consensuada  
- Elaboración de documento final de trabajo  
- Evaluación externa por parte de empresa de formación (Beckman Coulter)

##### DURACIÓN

Formación en sistema LEAN: mayo 2018  
Formación de grupos: mayo 2018  
Análisis de situación: junio 2018  
Aplicación del proyecto: junio 2018 con sistema de mejora continúa

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

### 1. TÍTULO

#### TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... GORKA MUÑIZ UNAMUNZAGA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER

GOMEZ GONZALEZ CARLOS

MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL

RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Optimización de la tinción inmunocitoquímica ki67/p16.

2.- Difusión entre los FEA de Anatomía Patológica de la necesidad de la realización de la técnica descrita en citologías ginecológicas de 30 a 65 años, sin atipia, pero con VPH no 16/18+.

3.- Coordinación con la consulta de patología cervical y matronas para identificar precozmente posibles olvidos de la actividad realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

90% de citologías ginecológicas sin atipia, VPH no 16/18+ en mujeres de 30 a 65 años con tinción dual realizada.

10% de disminución de citologías por el mayor intervalo entre citologías ginecológicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La labor coordinada entre servicios, unido a nuevas herramientas diagnósticas mejoran la eficiencia.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1360 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1360

Título  
TINCION DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

Autores:  
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, RAMON CAJAL JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La citología ginecológica y las pruebas detección del virus del papiloma humano (VPH) son la base de la prevención del cáncer de cérvix.

La positividad para VPH se asocia con mayor riesgo de lesiones preneoplásicas, si bien éste difiere según el tipo. Los de mayor riesgo son los tipos 16 y 18, lo que ha llevado a recomendar colposcopia en su presencia, independientemente del resultado de la citología.

Un escenario de gran carga asistencial, pero esa enfermedad asociada es el de VPH positivo a tipos de alto

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360

### 1. TÍTULO

#### TINCIÓN DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL

riesgo no 16/18, pero con citología negativa. La actitud más generalizada es repetir la citología y el test de VPH al año. Esto ha ocasionado una fuerte presencia de asistencia con bajo rendimiento diagnóstico, ya que en numerosas ocasiones la citología sigue siendo negativo y el VPH continúa siendo positivo.

Queremos reducir estas repeticiones de bajo rendimiento y para ello vamos a utilizar una herramienta como es la tinción dual inmunocitoquímica para ki67y p16.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es reducir el número de pacientes con VPH+ otros no 16/18 y citología ginecológica negativa que se remite anualmente a la consulta de colposcopia.

La población diana sería la población femenina no histerectomizada entre 30 y 65 años.

La intervención se relacionaría con las matronas de Atención Primaria y el servicio de Ginecología y Obstetricia, sobre todo a la consulta de patología cervical, y, sobre todo, al servicio de Anatomía Patológica.

#### MÉTODO

Las acciones concretas serían:

- a) Indicación de tinción dual ki67/p16 por parte del patólogo en situaciones de VPH positivo para otros tipos de alto riesgo no 16/18, con citología ginecológica negativa.
- b) Modificar conjuntamente los protocolos de derivación para cambiar la periodicidad de la revisión en la situación anterior, según el siguiente esquema:
  - b.1.- Si la tinción dual es negativa: revisión y repetición del test de VPH y citología ginecológica a los 2 años.
  - b.2.- Si la tinción dual es positiva: derivación a la consulta de patología cervical para colposcopia.

Como pasos previos se llevarán charlas informativas-formativas dirigidas a FEA de Anatomía Patológica y Ginecología y Obstetricia, TEAP y matronas. Se expondrá nuestra casuística y se explicará el cambio implantado. Todo se realizará las semanas previas al cambio.

Con una periodicidad cuatrimestral o semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

Con el fin de difundir el trabajo realizado y el valor añadido de esta intervención, se llevará en forma de pósters y/o comunicaciones a los foros profesionales de mayor impacto.

#### INDICADORES

Los indicadores a utilizar son:

- a) Porcentaje de mujeres de 30 a 65 años con VPH positivo a otros tipos de alto riesgo no 16/18 con técnica de tinción dual realizada e informada.
- b) Número de revisiones y repeticiones del test VPH y citología ginecológicas ahorradas.

El primer objetivo se ha establecido en el 90% pese a no haber una cifra comparable en la literatura, pero se ha elegido por ser una cifra exigente que demuestra el compromiso con la calidad.

La segunda cifra se espera que supere las 80, por extrapolación de nuestros datos de frecuencia de VPH+ para tipos no 16/18 y la positividad de la tinción dual en nuestra experiencia.

#### DURACIÓN

En las semanas previas a la implantación se llevarán a cabo charlas formativas con los FEAs implicados, matronas y TEAP para comunicarles nuestros datos, el proyecto y el objetivo marcado.

Con periodicidad semestral se presentarán los datos que se vayan obteniendo, para la resolución de duda y plantear mejoras, a los FEA, Matronas y TEAP implicados.

El proyecto se iniciará el 1 de enero de 2018 y finalizará un año después.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1360**

**1. TÍTULO**

**TINCIÓN DUAL PARA UN MANEJO MAS EFICIENTE DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA Y DE CONSULTA DE PATOLOGIA CERVICAL**

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Fecha de entrada: 18/02/2019

#### 2. RESPONSABLE ..... NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H SAN JORGE
- Localidad ..... HUESCA
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... HUESCA

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

FERNANDEZ GIL MARTA  
PALACIO CEBRIAN MARIA VICTORIA  
CASTEL LANGA MARIA PILAR  
DEMUR LAPLANA LAURA  
BERGUA SALAS LORENZO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se comentó inicialmente, se puso en marcha este proyecto de mejora con el fin de brindar un correcto manejo del dolor agudo postoperatorio y un control adecuado de los catéteres epidurales y perineurales colocados en quirófano y que posteriormente permanecerán en la planta. De este modo, se ha realizado un seguimiento exhaustivo por parte de Enfermería de REA y el Servicio de Anestesiología de los catéteres implantados durante los tres primeros días postoperatorios, recogiendo diversas variables en una hoja específicamente diseñada para ello.

Recordamos los objetivos del proyecto:

- Analizar el funcionamiento de los catéteres colocados en quirófano durante el postoperatorio
- Detectar problemas en el manejo y cuidado de los catéteres
- Detectar reacciones adversas y complicaciones derivadas de los catéteres y de los fármacos empleados
- Evaluar el dolor percibido por los pacientes mediante la escala EVA

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este periodo de tiempo se han recogido datos de 22 catéteres epidurales implantados en quirófano y que han sido utilizados para optimizar el control de dolor postoperatorio. De ellos, tres se colocaron a nivel torácico y el resto a nivel lumbar.

Las cirugías para las que se han colocado son:

- Prótesis de cadera: 1
- Osteosíntesis de tibia: 1
- Cirugía abdominal abierta: 6
- Prótesis de rodilla: 3
- Cesárea: 6
- Histerectomía abdominal: 2
- Nefrectomía: 2
- Prostatectomía: 1

Indicadores:

- Fármacos y efectos secundarios derivados de los mismos
- Permanencia y utilización del catéter epidural en planta
- Medición del dolor mediante la escala EVA en reposo y en movimiento
- Complicaciones relacionadas con el catéter epidural

FÁRMACOS EMPLEADOS Y EFECTOS SECUNDARIOS:

Los fármacos empleados han sido ropivacaína 0.2% y levobupivacaína 0.125%.

En 18 de ellos se añadió fentanilo en la perfusión (de 3 a 4 ml) de anestésico local.

Sólo uno de ellos presentó prurito como efecto secundario y ninguna otra sintomatología atribuible al mórfico

(4,5%). En ninguno de ellos se detectaron síntomas ni signos relacionados con toxicidad por anestésicos locales.

Las velocidades de infusión fueron variables entre 5 ml/h y 11 ml/h en función del paciente, la cirugía realizada y su patología de base.

PERMANENCIA DEL CATÉTER EPIDURAL:

- Un día postoperatorio: 10 pacientes
- Dos días postoperatorios: 6 pacientes
- En un paciente se produjo salida accidental del catéter epidural durante el primer día postoperatorio y en tres durante el segundo día postoperatorio
- A dos de los pacientes se les retiró el catéter epidural durante el primer día postoperatorio por complicaciones no relacionadas con el mismo (ingreso en UCI y reintervención quirúrgica por problemas relacionados con la cirugía)

MEDICIÓN DEL DOLOR EN PLANTA MEDIANTE LA ESCALA EVA EN REPOSO Y EN MOVIMIENTO:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

En uno de los pacientes no fue valorable la escala EVA por barrera idiomática

Clasificación EVA:

- Leve (0-3)
- Moderado (4-7)
- Severo (8-10)

Primer día postoperatorio (medido en 18 pacientes): Quedan excluidos los dos pacientes a los que se les retiró por otros motivos el catéter, el paciente con barrera idiomática y la extracción accidental durante el primer día

EVA REPOSO:

- Leve ?14 pacientes (77%)
- Moderado ? 2 pacientes (11%)
- Severo ?2 pacientes (11%)

EVA MOVIMIENTO:

- Leve ? 12 pacientes (66%)
- Moderado ?4 pacientes (22%)
- Severo ?2 pacientes (11%)

Segundo día postoperatorio (medido en 6 pacientes)

EVA REPOSO:

- Leve ?5 pacientes (83,3%)
- Moderado ? 1 pacientes (16,6%)
- Severo ? 0 pacientes

EVA MOVIMIENTO:

- Leve ? 4 pacientes (66,6%)
- Moderado ? 2 pacientes (33,3%)
- Severo ? 0 pacientes

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL CATÉTER EPIDURAL DETECTADAS:

- Cuatro salidas accidentales: Del total de 22 pacientes recogidos, supone un 18%. En los tres casos que se produjo la extracción accidental durante el segundo día, fue en contexto de higiene y cambio postural
- Una cefalea postpunción dural que cedió con tratamiento analgésico convencional y reposo relativo
- Analgésia "parcheada" en uno de los pacientes
- Hipotensión sintomática en uno de los pacientes (solucionada disminuyendo la velocidad de infusión)
- Tres pacientes presentaron bloqueo sensitivo o motor de extremidades inferiores que se solucionó disminuyendo la velocidad de infusión del fármaco
- Tres pacientes precisaron rescates analgésicos endovenosos para control del dolor

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se hace necesario continuar con la recogida y análisis de datos de este proyecto para terminar de obtener una conclusión acerca del manejo del control postoperatorio del catéter epidural en planta, así como para seguir detectando efectos adversos y posibles errores humanos (como salidas accidentales) que deriven en un incorrecto control del dolor.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/554 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0554

Título

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

Autores:

URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, OLIVAN LAFUENTE BLANCA, CASTEL LANGA MARIA PILAR, DEMUR LAPLANA LAURA, BERGUA SALAS LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

- Sexo .....: Ambos sexos
- Edad .....: Todas las edades
- Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
- Otro Tipo Patología: POSTOPERADOS
- Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
- Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
- Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA

##### PROBLEMA

El control del dolor postoperatorio es esencial para brindar una mejor calidad de atención hospitalaria al paciente.

Dentro del amplio abanico de posibilidades para el tratamiento del dolor agudo postoperatorio se encuentra la anestesia epidural, ampliamente conocida por su extendido uso para el trabajo de parto.

Realizamos este proyecto para implantar un mejor control del dolor postoperatorio, un control exhaustivo y correcto del catéter epidural, así como para evitar o detectar las posibles complicaciones derivadas del mismo, favoreciendo una pronta recuperación y rehabilitación.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Se pone en marcha este proyecto para iniciar un control de todos los pacientes portadores de catéter epidural implantado en el área quirúrgica.

Objetivos principales:

- Favorecer su permanencia
- Evitar un mal uso del mismo, así como manipulaciones externas incorrectas derivadas del desconocimiento de su uso
- Evitar la migración y extracción/salida accidental del catéter
- Disminuir el riesgo de infección y sus complicaciones asociadas
- Conseguir un alivio sostenido del dolor disminuyendo los requerimientos de opiáceos
- Evitar los efectos adversos de analgésicos endovenosos
- Conseguir una vasodilatación periférica en pacientes con isquemia de EEII
- Proporcionar al personal de enfermería los conocimientos y habilidades de las técnicas de fijación, mantenimiento y retirada del catéter epidural
- Identificar efectos adversos derivados de la analgesia epidural:
  - Hipotensión y bradicardia
  - Prurito
  - Náuseas y vómitos
  - Toxicidad neurológica
  - Bloqueo sensitivo y motor
  - Hematoma y absceso epidural
  - Sedación y depresión respiratoria

##### MÉTODO

Acciones previstas:

- Formación al Servicio de Enfermería de Hospitalización sobre el manejo básico y cuidados del catéter epidural, así como de los conocimientos necesarios para identificar situaciones potencialmente graves derivadas del mismo.
- Recogida por parte de Enfermería y del Servicio de Anestesia de datos diarios de cada catéter epidural que haya en planta mediante un sistema reglado (Hojas de evaluación del catéter epidural).
- Archivo de las mismas durante el periodo de un año y evaluación de los resultados para identificar complicaciones y evaluar el control del dolor postoperatorio.

##### INDICADORES

- Existencia y disponibilidad del material necesario.
- Datos a recoger en las Hojas de control de catéter epidural:
  - Nombre del paciente y cama de hospitalización
  - Fecha de colocación del catéter, nivel del mismo, fármaco, concentración del mismo, y velocidad de infusión
  - Tipo de cirugía realizada
  - EVA en reposo y a la movilización
  - Presencia de prurito (y asociación o no con opiáceos)
  - Bloqueo sensitivo-motor de EEII
  - Plan para el día siguiente
  - Última analítica antes de la retirada del catéter
  - Fecha de retirada del mismo
- Registro con los datos obtenidos en las Hojas de control durante el periodo de un año para calcular:
  - Porcentaje de pacientes con catéter epidural que son intervenidos
  - Porcentaje de pacientes que presentan salida accidental del catéter epidural
  - Identificar efectos adversos y complicaciones derivadas del catéter epidural
- Comparar los datos obtenidos con la incidencia habitual de efectos adversos y complicaciones.

##### DURACIÓN

- Sesión/formación a Enfermería de Hospitalización (fecha aún por determinar) una vez aprobado el proyecto.
- Inicio de la recogida de datos desde la aprobación del proyecto hasta el segundo semestre de 2019.
- Reuniones periódicas cada dos meses entre Enfermería y el Servicio de Anestesia para identificar problemas durante la recogida de datos.
- Análisis de los resultados obtenidos tras finalizar la recogida de datos.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0554**

**1. TÍTULO**

**CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL CATETER EPIDURAL EN PLANTA**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA OLIVAN LAFUENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... HUESCA

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

VILA MENGUAL MARIA FRANCISCA  
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE  
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE  
GALLEGO ESTRADA FERNANDO  
GOMEZ GIMENO ANGELICA  
BERGUA SALAS LORENZO  
ZABAU FERMOSELLE JARA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Diseño de hoja en papel para registro de casos de punción dural, de datos de interés acerca de la técnica y de sintomatología acompañante.  
-Archivo de dichas hojas en fichero del número de punciones dural, que se han producido durante realización de técnica epidural para trabajo de parto, desde junio de 2018.  
-Control diario de sintomatología de las mismas, así como analgesia en planta, hasta el alta. Registro de otras complicaciones en caso de producirse.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han registrado un total de 4 punciones dural durante la realización de la técnica epidural en pacientes para analgesia de trabajo de parto, desde junio de 2018.  
Todas ellas han recibido seguimiento, control diario de la sintomatología por parte del servicio de Anestesia durante su ingreso en planta hasta el alta.  
Para ello, se ha utilizado un formulario diseñado para el proyecto en el que se han recogido los siguientes datos:

-Datos del paciente (etiqueta)  
-Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).  
-Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.  
-Náuseas y/o vómitos.  
-Fotofobia.  
-Focalidad neurológica.  
-Necesidad de reposo absoluto.  
-Inicio de deambulacion.  
-Duración en días de la sintomatología.  
-Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.  
-Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha cumplido el objetivo de dejar registrado este tipo de complicación que se produce con cierta frecuencia durante la realización de la técnica epidural para trabajo de parto, y que aunque no suele tener consecuencias graves en la mayoría de las ocasiones, suele ir acompañada de un cortejo de síntomas que pueden resultar invalidantes para la paciente los días posteriores.  
Pensamos que es interesante el registro y seguimiento de las punciones dural que se realizan para ser conscientes de la frecuencia con la que se producen, así como para poder realizar un seguimiento y control óptimo de las mismas por parte de nuestro servicio, y así poder mejorar y protocolarizar el tratamiento analgésico de las mismas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/588 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0588

Título  
REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO

**Autores:**  
OLIVAN LAFUENTE BLANCA, VILA AMENGUAL MARIA FRANCISCA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE, GALLEGU ESTRADA FERNANDO, GOMEZ GIMENO ANGELICA, BERGUA SALAS LORENZO, ZABAU FERMOSELLE JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La CPPD es la complicación mayor más habitual tras anestesia neuroaxial, y es especialmente frecuente en obstetricia. Suele ser una complicación benigna y autolimitada, pero sin vigilancia y sin tratamiento puede conducir a otras complicaciones más graves.

Actualmente, en el servicio de Anestesia, se realiza un seguimiento de los casos de CPPD y se lleva a cabo un tratamiento individualizado, pero no existe un registro real del número de casos que se producen, y por ello, cabe la posibilidad de que se produzca un inadecuado control de los mismos.

Este proyecto surge de la necesidad de conocer la situación real de esta complicación en nuestro servicio, así como la frecuencia con la que se produce y sus efectos secundarios, para lograr un adecuado manejo y tratamiento de la misma.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar y registrar el número de casos de CPPD por año que se producen.
- Mejorar el control, seguimiento y tratamiento de CPPD.
- Estandarizar el tratamiento de CPPD para manejo de este tipo de complicación de manera protocolizada.
- Proporcionar a la paciente la información necesaria acerca de la CPPD.

#### MÉTODO

##### Acciones previstas:

- Diseño de hoja tipo para registro de casos, de datos de interés acerca de la técnica y de sintomatología acompañante.
- Archivo en fichero de todos los casos que se produzcan durante el año, con su hoja adjunta con la información necesaria de cada caso.
- Control diario de sintomatología y analgesia en planta, hasta el alta.
- Registro de complicaciones añadidas a la cefalea.
- Valoración por parte de la paciente de la atención recibida.
- Estudio de resultados un año vista.

#### INDICADORES

Datos a recoger en hoja de control diseñada para el proyecto:

- Datos del paciente (etiqueta)
- Fecha de punción dural y circunstancias de la misma (por ejemplo, punción con aguja versus punción con catéter).
- Valoración de cefalea (EVA) y características de la misma.
- Náuseas y/o vómitos.
- Fotofobia.
- Focalidad neurológica.
- Necesidad de reposo absoluto.
- Inicio de deambulación.
- Duración en días de la sintomatología.
- Tratamiento analgésico que se está administrando. Necesidad de analgesia de rescate.
- Necesidad de técnicas invasivas para tratamiento como parche hemático.

#### DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: junio 2018

Recogida de datos durante el periodo de un año y análisis de los resultados descritos.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0588**

**1. TÍTULO**

**REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL (CPPD) TRAS TECNICA EPIDURAL PARA ANALGESIA DE TRABAJO PARTO**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0913

### 1. TÍTULO

#### TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTIAN INGLES SANZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Reunión con delegados de casas comerciales, redacción de múltiples informes técnicos y económicos con el fin de poder disfrutar del material necesario para la realización una técnica quirúrgica que ya se realiza cotidianamente en el Hospital Universitario Miguel Servet, en el HCU Lozano Blesa y en el Hospital Provincial de Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Aceptación por la Comisión de Adquisiciones del Área de Huesca en la sesión celebrada el día 24 de enero de 2019 la compra de la tecnología necesaria para poder operar varices mediante termoablación con láser

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La conclusión es que existen demasiadas trabas para adquirir una tecnología ya incluida en el Servicio Aragonés de Salud y con lo que se tiene una amplia experiencia en su utilización.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/913 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0913

Título  
TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Autores:  
INGLES SANZ CRISTIAN, FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La insuficiencia venosa crónica es una patología con una elevada prevalencia en la población. El tratamiento clásico mediante safenectomía tiene una considerable morbilidad y conlleva una baja laboral de unos 30-45 días. Desde aproximadamente 15 años existen nuevas técnicas menos invasivas mediante procedimientos endovenosos más rápidos, menos agresivos y con mejor postoperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Población diana: Pacientes con insuficiencia venosa crónica menores de 75 años.  
- Disminuir la estancia media  
- Disminuir número de pacientes en lista de espera al realizar más intervenciones en la jornada quirúrgica  
- Disminuir el tiempo de baja médica  
- Aumentar la calidad de vida

MÉTODO  
- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.  
- Adquisición de generador y fibras para EVLA



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0913

### 1. TÍTULO

#### TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

- Recursos materiales: ecógrafo, funda de ecógrafo, indroductores 6F, aparato para anestesia tumescente, generador de potencia, fibras láser y calzador de media.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

#### INDICADORES

Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses (90-95%).

#### DURACIÓN

Inicio proyecto Julio 2018  
Finalización Julio 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0914

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
INGLES SANZ CRISTIAN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha evaluado a todo pacientes en hemodiálisis o pre-diálisis de los sectores de Huesca y Barbastro a petición de los servicios de nefrología correspondientes. En dicha valoración se ha realizado una anamnesis, una exploración física y una valoración mediante ecodoppler de ambos miembros superiores.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado en 2018 en total 47 fístulas arteriovenosas (FAV) de 52 pacientes evaluados. Los 5 pacientes que se descartó la realización de FAV, las causas fueron en todos ellos la ausencia de venas para la realización de una FAV autóloga y el alto riesgo quirúrgico para la realización de una FAV protésica. Todas han sido intervenidas en menos de 60 días desde el momento de la evaluación por cirugía vascular del paciente excepto en 2 casos en los que los pacientes rechazaron en un primer momento la realización de la FAV. De las 47 FAV realizadas: 3 fueron con prótesis de PTFE, 6 humerobasílicas complejas con superficialización y las 38 restantes humerocefálicas radiocefálicas. Las 38 FAV del último apartado se realizaron en todos los casos sin ingreso y con anestesia local y las 9 restantes con anestesia general y con un ingreso media de 1,2 días.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es imprescindible la valoración ecográfica previa a la realización de una FAV para hemodiálisis con el fin de cartografiar la anatomía venosa y arterial del paciente y así optimizar la estrategia quirúrgica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/914 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0914

Título  
ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

Autores:  
FERNANDEZ-AGUILAR PASTOR ANA CRISTINA, INGLES SANZ CRISTIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.  
El objetivo del proyecto es optimizar la fístula arterio-venosa, para lograr un acceso vascular nativo y disminuir la necesidad de colocación de catéter para hemodiálisis.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: pacientes con insuficiencia renal crónica en los que se prevea un inicio próximo de hemodiálisis o que ya hayan iniciado tratamiento.  
Agilizar la valoración de los pacientes con necesidad de FAV.  
Aumentar el número de pacientes con acceso vascular apto para hemodiálisis.  
Disminuir el número de pacientes con catéter vascular.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0914

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO Y MARCAJE ECOGRAFICO PARA LA PLANIFICACION QUIRURGICA DE FAV PARA HEMODIALISIS

##### MÉTODO

Realizar valoración de todos los pacientes mediante exploración física y ecodoppler.

##### INDICADORES

Nº pacientes evaluados/mes

% pacientes intervenidos en <60 días

##### DURACIÓN

Inicio de actividad: Julio 2018

Fin de actividad: Julio 2019

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1328

### 1. TÍTULO

#### TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA JIMENA SANCHEZ PRIETO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE  
ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU  
RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA  
SANTANDER LABAZUY LAURA  
GIMENEZ RIVARES PATRICIA  
BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD  
LOPEZ BESCOS SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE LA SAFENECTOMÍA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-  
SE HA FORMADO EL TRÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN Y FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ  
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.  
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL TRÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.  
? TODOS LOS PACIENTES INTERVENIDO DE VARICES SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1328 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1328

Título  
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA HOSPITALARIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

Autores:  
SANCHEZ PRIETO PATRICIA, BANIANDRES RODRIGUEZ IRENE, ZAMORA CATEVILLA ARANZAZU, RAMIREZ SANAGUSTIN PATRICIA, SANTANDER LABAZUY LAURA, GIMENEZ RIVARES PATRICIA, BETRAN GABAS MARIA SOLEDAD, LOPEZ BESCOS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN SANITARIA

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24H TRAS LA INTERVENCION, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCION, DE LAS ACTIVIDADES QUE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1328

### 1. TÍTULO

#### TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES

PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGIA, FACILITANDO AL PACIENTE TRIPTICO INFORMATIVO DE CUIDADOS POSTERIORES A LLEVAR A CABO EN EL DOMICILIO.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- QUE EL PACIENTE INTERVENIDO MANIFIESTE ENTENDER LA INFORMACIÓN DADA AL ALTA HOSPITALARIA
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24 HORAS
- FOMENTAR LA ACTIVIDAD PRECOZ TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA FAVORECIENDO SU AUTONOMÍA, HACIENDO HINCAPIÉ EN LAS RECOMENDACIONES NECESARIAS EN EL DOMICILIO.
- TODO PACIENTE INTERVENIDO DE VARICES SE IRÁ A CASA CON EL TRÍPTICO.

#### MÉTODO

- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO
- REALIZACION DE REUNION CON EL EQUIPO DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE CIRUGIA VASCULAR, PARA INICIO DEL PROYECTO.

#### INDICADORES

- EL 100% DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ LA COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

#### DURACIÓN

DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LOS CUIDADOS AL ATA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE VARICES Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.  
DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018 : REUNIONES PARA REALIZAR EL TRIPTICO INFORMATIVO  
DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFIA EL TRITICO Y DARLO A CONOCER A TODO EL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

#### OBSERVACIONES

#### Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0139

### 1. TÍTULO

#### RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA AZNAREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

RIVERO FERNANDEZ ELENA  
ARTERO BELLO PILAR  
BRUN GUINDA DAVID  
ONDIVIELA PEREZ JORGE  
ANORO CASBAS MARIA JOSE  
CALLEN SALVATIERRA MONICA  
LIESA PELAY LORENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. Nuestro proyecto pretende mejorar la rapidez de respuesta al inicio de las maniobras de resucitación, la mejora del trabajo en equipo y disminuir la incertidumbre del personal implicado en la atención de esta patología.

Para ello hemos creado un grupo de trabajo con los integrantes del proyecto, realizando un estudio de los indicadores de calidad de nuestro proceso y seleccionando aquellos con mayor relevancia para alcanzar la eficiencia en el procedimiento. Se engloban en indicadores de rapidez de respuesta a la llamada, indicadores de adecuación del personal y del material, indicadores del proceso de atención y de valoración del resultado final. Se ha elaborado una check list con 26 items en los que valoramos: identificación de la situación de parada cardiaca (constantes vitales); la toma de tiempos ( primer aviso, inicio maniobras básicas, llegada personal asistencial, inicio maniobras avanzadas); monitorización; realización correcta de resucitación básica; desfibrilación; realización correcta de RCP avanzada; asunción de tareas específicas por cada miembro del equipo de resucitación; disponibilidad del material necesario para la atención de la parada; presencia de la Historia Clínica en la habitación del paciente; orden expresa de no RCP o documento de voluntades anticipadas en la Historia Clínica si era el caso; éxito o fracaso en la recuperación de circulación espontánea.

Hemos realizado dos simulacros sorpresa con muñeco, implicando al personal de la planta y personal de UCI, recreando las distintas situaciones de una parada cardiaca de la práctica clínica habitual, analizando posteriormente la intervención mediante los items de la check list y grabación en video del procedimiento. Tras los simulacros se ha hecho una puesta en común con el personal de la planta para identificar los campos de mejora y una sesión formativa.

Los objetivos fijados son iniciar la RCP básica antes de los 4 minutos y la avanzada (incluyendo desfibrilación si procede) antes de los 8 minutos, procurando disminuir los tiempos de respuesta al menos en un 20%. Pretendemos sistematizar la realización correcta de las maniobras de resucitación y su secuencia temporal mediante la asignación de los roles específicos para cada persona implicada en la atención. Y con ello disminuir el estrés del personal en la atención de esta patología valorado con una encuesta del 1 (nada de mejora) al 4 (mucho mejora).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el proyecto hemos conseguido mejorar los tiempos de respuesta. En el primer simulacro se tardó 3'40 min en dar el primer aviso, en el último 40'', mejora del 82%. El tiempo de inicio de RCP básica en el primero fue 5'30 y en el último 2'30, mejora del 55%, quedando por debajo del estándar fijado. El tiempo en llegar el médico a la habitación pasó de 5'30 en el primero a 2'50 en el último, mejora 48%. Las maniobras se realizaron correctamente en todos los casos, mejorando mucho la rapidez y el orden del primer a último simulacro, mediante el entrenamiento y la actualización del conocimiento.

Se ha logrado disminuir la incertidumbre, y con ella el estrés del personal ante la situación de la parada cardiaca en planta, de forma notable: 3 en la encuesta de valoración al personal sobre una escala del 1 (nada de mejora) al 4 (mucho mejora).

Se ha realizado un video final con los estándares de actuación, de gran utilidad para las sesiones de repaso. En las sesiones de puesta en común hemos acordado los roles de cada uno de los participantes con vistas a la estandarización del proceso, con resultados todavía incompletos en la última práctica.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado del proyecto ha sido satisfactorio por haber logrado identificar los objetivos de mejora, plasmándolos en la check list como herramienta con contenido adecuado y de fácil visualización a la hora de analizar el proceso. La participación e implicación del personal ha sido buena y ha permitido mejorar la actuación desde los distintos puntos de vista.

Tras completar el proyecto se ha evidenciado una importante mejora en los tiempos de respuesta y en la aplicación eficiente de las técnicas de RCP. Hemos conseguido entrar en los estándares de calidad, que no alcanzábamos al inicio. La mejora ha sido modesta en la asunción de roles por cada miembro del equipo, identificándolo como un aspecto de mejora, al igual que la percepción de situación de estrés. Hemos identificado la importancia de organizar un número de teléfono único para la atención a la PCR. Hemos propuesto realizar un documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado con el fin de facilitar el proceso.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0139

### 1. TÍTULO

#### RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Del proyecto surge el reconocimiento por parte del personal implicado de la utilidad de este entrenamiento y la demanda de establecerlo de forma periódica en la planta de hospitalización

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/139 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0139

Título  
RCP FITNESS. MANTENIENDO UN EQUIPO EN FORMA ANTE LA PCR INTRAHOSPITALARIA

Autores:  
GRACIA AZNAREZ MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, ARTERO BELLO PILAR, ANORO CASBAS MARIA JOSE, CALLEN SALVATIERRA MONICA, CHAMORRO GANDUYO JUANA, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Tras detectar la necesidad de difundir las secuencias de actuación en las situaciones de riesgo vital y el entrenamiento en las mismas, se propone un plan para consolidar el entrenamiento en RCP como actividad formativa en el personal de la sexta planta del hospital San Jorge.

RESULTADOS ESPERADOS  
Mejorar la rapidez del inicio de las maniobras de RCP y la monitorización del paciente en parada cardiaca. Mejora del trabajo en equipo Disminución de la incertidumbre ante estas situaciones

MÉTODO  
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Entrenamiento trimestral cronometrado Encuesta de satisfacción : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo

INDICADORES  
Asistencia a sesiones formativas Tiempo desde alarma de parada hasta inicio de RCP (Junio menos Noviembre) Tiempo hasta la monitorio (Junio menos Noviembre) % de aciertos en el test de valoración de conocimiento básicos RCP (Junio- Septiembre) Puntuación de estrés ante situación: Junio- Septiembre Satisfacción con el trabajo en equipo: Junio- Septiembre

DURACIÓN  
Test de valoración de conocimientos básicos en la secuencias de actuación en Noviembre y en Junio Sesión formativa. Entrega de material básico Diciembre Entrenamiento trimestral cronometrado: Enero y Mayo Encuesta de satisfacción post entrenamiento : estres ante la situación, satisfacción con trabajo en equipo. Enero y Mayo

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA RIVERO FERNANDEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

GRACIA AZNAREZ MARIA  
MARQUINA BARCOS ADOLFO  
BRUN GUINDA DAVID  
ONDIVIELA PEREZ JORGE  
ALINS REMI IGNACIO  
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA  
PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, en Abril del 2018, redactamos el protocolo de estudio genético y screening de las cardiopatías familiares en el Hospital San Jorge, especificando el modo de registro y las pruebas a realizar de los pacientes afectos de enfermedades cardiacas genéticas.  
Posteriormente, entre Mayo y Junio del 2018 iniciamos un registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar. Una vez identificados los probandos realizamos el árbol genealógico de cada familia. El árbol genealógico, queda registrado en el drive de Cardiología (www.cardiologia.huesca@gmail.com). De esta manera la información de los pacientes queda accesible para todo el servicio de Cardiología de una forma ordenada y rápida. Así mismo, la información queda informatizada y los árboles no aparecen en la historia clínica de los pacientes puesto que en ellos se incluye información de otros familiares que no tiene porqué ser conocida por otro familiar sin previo consentimiento.  
Desde Julio a Diciembre del 2018 solicitamos el estudio genético del probando en los casos en los que estaba indicado según la rentabilidad en la patología, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente. El estudio genético, consistente en una analítica de sangre, se solicita a través de un formulario específico que se realiza en la secretaría de Cardiología y se remite al Hospital Universitario Miguel Servet. El paciente debe ser informado debidamente y firmar el consentimiento para realizar el estudio.  
Tras los resultados del estudio genético del probando realizamos el estudio genético a los familiares si se identifica la variante patogénica responsable de la enfermedad o variantes de significado incierto en las que se recomienda ampliar el estudio familiar. Si el estudio genético del probando identifica una variante benigna no sirve para confirmar el diagnóstico ni está indicado el estudio genético de los familiares.  
En cualquier caso, tras los resultados del estudio genético, iniciamos el estudio de los familiares con las pruebas diagnósticas indicadas en cada patología (ECG, ecocardiograma, etc...) para poder identificar a los posibles afectos de la cardiopatía familiar precozmente. Se deberá realizar un seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad. Estos seguimientos se prolongarán hasta los 60 años en el caso de las miocardiopatías, momento a partir del cual se considera que no se desarrolla ya el fenotipo de la enfermedad. En el caso de familiares en los que se haya descartado la enfermedad con realización de un test genético negativo para la mutación genética identificada en la familia podrán ser dados de alta sin necesidad de seguimientos periódicos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores utilizados fueron los siguientes:

- Número de pacientes con posible cardiopatía familiar incluidos en el registro: 45
- Número de pacientes a los que se les ha realizado estudio genético (incluye probandos y familiares): 64
- Número de familias estudiadas: 25

Dada la prevalencia de las cardiopatías familiares en la población general (1 de cada 400 personas), durante este tiempo hemos registrado una buena parte de las familias afectas en nuestra población de referencia, y seguiremos completando el registro conforme vayan surgiendo los pacientes con este tipo de cardiopatía. El número de estudios genéticos realizados hasta la fecha es concordante con el número de familias estudiadas, puesto que la indicación de realizarlo depende de varios factores como son rentabilidad del estudio en la cardiopatía, el valor del resultado en el estudio familiar y la voluntad del paciente.  
De los 45 probandos incluidos en el registro, el estudio genético fue positivo en 11 de ellos (24%), permitiendo descartar la enfermedad en sus familiares e identificar a aquellos portadores susceptibles de desarrollar la enfermedad que requieren un seguimiento más estrecho. En 13 (28%) de ellos se detectaron variables de significado incierto, son mutaciones que actualmente, con el conocimiento disponible, se desconoce si producen la enfermedad o no. En el resto el estudio genético fue negativo, o bien no se realizó por diferentes motivos o está aún pendiente de resultados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades cardiacas que tienen en común el tener una base genética y una presentación familiar. Afectan a 1 de cada 400 personas de la población general lo que supone unas 1000 familias por cada 500.000 habitantes. Además todas ellas son enfermedades que pueden relacionarse



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

con la muerte súbita, siendo las cardiopatías familiares la causa más frecuente de muerte súbita en menores de 35 años y la cardiopatía isquémica en el resto de la población. Según las últimas recomendaciones y guías clínicas se debe realizar un estudio genético para el diagnóstico de las mismas (con diferente grado de recomendación según la enfermedad) y sobretodo un estudio de los miembros de la familia para poder identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo de esta manera instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales, prevenir eventos y realizar un asesoramiento reproductivo. Es fundamental una adecuada organización y un sistema de registro que permita identificar a los familiares de los pacientes con cardiopatía genética de una forma eficiente, sobre todo teniendo en cuenta que en muchas ocasiones estas enfermedades pueden debutar con muerte súbita. Además la identificación de estas cardiopatías permite realizar un consejo profesional y deportivo, puesto que muchas de las arritmias mortales tienen relación con el ejercicio y hay ciertas profesiones que se deben evitar. El protocolo de estudio y screening de cardiopatía familiares nos ha permitido mejorar la atención de los pacientes con este tipo de enfermedades del corazón y continuaremos realizando el registro y ampliando el número de familias estudiadas conforme vayamos diagnosticando nuevos casos.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/170 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0170

Título  
REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

Autores:  
RIVERO FERNANDEZ ELENA, GRACIA AZNAREZ MARIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, BRUN GUINDA DAVID, ONDIVIELA PEREZ JORGE, ALINS REMI IGNACIO, VILLAROEL SALCEDO MARIA TERESA, PONTAQUE ABADIAS LAURA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Cardiopatías familiares  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Las cardiopatías familiares son un grupo de enfermedades caracterizadas por tener una presentación familiar, una base genética y ser potencialmente causantes de muerte súbita. El diagnóstico temprano de los familiares permite identificar precozmente a los sujetos susceptibles de padecer la enfermedad permitiendo prevenir eventos, instaurar un tratamiento de la enfermedad en estadios más iniciales y realizar un asesoramiento reproductivo.

RESULTADOS ESPERADOS  
Realizar un registro de los pacientes con cardiopatías familiares, realizar el estudio genético del probando y posteriormente el screening familiar.  
Las enfermedades cardíacas objetivo serían miocardiopatías (M. Hipertrófica, M. arritmogénica, M. dilatada, M. restrictiva, M. no compactada), canalopatías (Sd. QT largo, Sd. QT corto, Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, Sd. Brugada) y enfermedades de la aorta (S. Marfan y otros síndromes).

MÉTODO  
Diseño del protocolo de estudio.  
Registro de todos los pacientes afectos de una posible cardiopatía familiar.  
Estudio genético de los probandos.  
Realización de árboles familiares de cada paciente afecto.  
Según resultados del estudio genético se realizaría el estudio genético a los familiares (si se identifica el gen responsable de la enfermedad) o el estudio con ECG/ecocardiograma (si no se identifica el gen responsable).  
Seguimiento periódico de pacientes afectos y familiares susceptibles de desarrollar la enfermedad.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0170

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE CARDIOPATIAS FAMILIARES Y PROTOCOLIZACION DE SCREENING Y ESTUDIO GENETICO

##### INDICADORES

Número de familias incluidas en el registro.

Número de pacientes con posible cardiopatía familiar a los que se les realiza estudio genético.

Número de familias estudiadas.

##### DURACIÓN

Abril-Junio 2018: diseño del protocolo, registro de datos de los pacientes con sospecha de cardiopatía familiar y realización de árboles genealógicos.

Julio-Diciembre 2018: Estudio de probandos e inicio de estudio de familiares

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR ARTERO BELLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARCO BETES VICTOR  
TOBEÑA PUYAL MARIA  
MARQUINA BARCOS ADOLFO  
ALINS RAMI ADOLFO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha creado un equipo multidisciplinar entre Cardiología, Oncología y Hematología compuesto por 2 miembros de cada especialidad.  
-Se ha elaborado un borrador del Protocolo: Monitorización y diagnóstico precoz de cardiotoxicidad y Derivación a la consulta de Cardio-oncología, que posteriormente ha sido consensuado y modificado por parte del equipo multidisciplinar hasta su elaboración definitiva, aspecto que ha retrasado la aplicación del mismo y apertura de la consulta según el calendario previsto. Se ha creado un Chek-list resumen del protocolo (sobre los criterios de derivación a la consulta) para facilitar su aplicación.  
-Se ha abierto una consulta ambulatoria de Cardio-oncología, un día a la semana que precisa de un cardiólogo, una enfermera y un ecocardiógrafo.  
-Se han realizado sesiones informativas en los diferentes servicios para comunicar el protocolo a los profesionales. Los pacientes serán informados en la primera visita a la consulta de Oncología-Hematología.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Obtención de un protocolo conjunto multidisciplinar, siguiendo las directrices de la Sociedad Española de Cardiología, Hematología y Oncología, pero adaptado a nuestro medio y nuestro hospital, consensuado por los tres Servicios, así como la creación del Equipo multidisciplinar tal y como nos habíamos marcado.

Impacto: La Cardiotoxicidad es una complicación en la mayoría de los casos a largo plazo (10 años) por lo que su verdadero impacto se verá en el futuro. Lo que queremos conseguir con este protocolo es un diagnóstico en fase precoz y por lo tanto aun reversible, para que no la lleguen a desarrollar. Actualmente el impacto radica en no retrasar el inicio del tratamiento oncológico y evitar su suspensión por problemas de cardiotoxicidad, lo que conlleva un mejor pronóstico de su proceso oncológico y por lo tanto de su supervivencia. Se ha creado una base de datos para recoger todos los pacientes remitidos a la consulta, pero dado el poco tiempo desde su puesta en marcha los indicadores referidos en la memoria inicial no son aún del todo aplicables. Los indicadores que se han podido medir, es el número de pacientes que se les ha aplicado el protocolo (86%), número de pacientes remitidos a la consulta de media a la semana: 4, Número de pacientes que se les ha retrasado el inicio de tratamiento quimioterápico por descartar cardiotoxicidad: 0.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación de un protocolo ha sido una herramienta muy positiva ya que permite a los profesionales implicados saber actuar en otros campos diferentes a los de su especialidad, pero muy importantes por las consecuencias pronosticas que tienen. Así los Hematólogos y Oncólogos saben cuándo derivar a cardiología y las pruebas a realizar para la monitorización de cardiotoxicidad y los Cardiólogos saben que complicación puede derivar de cada tratamiento oncológico para actuar de forma precoz.  
El equipo multidisciplinar ha facilitado la comunicación entre nosotros y permite reunirnos en caso de necesidad. Queda pendiente realizar en los Centros de Salud sesiones informativas del protocolo a los Médicos de Atención Primaria.  
La sostenibilidad del proyecto radica en que la cardiotoxicidad es un importante problema en crecimiento, consecuencia del aumento de la supervivencia del cáncer y la mayor edad de los supervivientes y precisa de pocas pruebas, no muy costosas y sin efecto nocivo para los pacientes para su diagnóstico en una fase precoz. Es un proyecto que ya se está realizando en varios Hospitales de España adaptado a cada centro.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/355 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Nº de registro: 0355

Título  
CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

Autores:  
ARTERO BELLO PILAR, MARCO BETES VICTOR, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, TOBEÑA PUYAL MARIA, MADANI PEREZ JULIA, MARQUINA BARCOS ADOLFO, ALINS RAMI IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Los avances en la detección precoz y el tratamiento del cáncer han reducido de manera significativa la mortalidad de los pacientes, sin embargo, para mejorar el pronóstico también es necesario prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente las complicaciones relacionadas con las mismas, entre ellas la cardiotoxicidad, definida como el conjunto de enfermedades cardiovasculares derivadas de los tratamientos onco-hematológicos y que incluyen no sólo la disfunción ventricular, sino también la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, arritmias, valvulopatías...en función de los fármacos utilizados.

La toxicidad cardiovascular de dichas terapias es un problema ampliamente reconocido con múltiples esquemas terapéuticos, pero la evidencia científica es escasa en cuanto a su manejo.

Hoy por hoy en nuestro hospital a los pacientes con potencial riesgo de toxicidad cardiovascular se les realizan ecocardiogramas de control, pero no hay una equipo multidisciplinar para tomar decisiones conjuntas en cuánto que pacientes se podrían beneficiar por ser de mayor riesgo de un control más estrecho o de un tratamiento previo, ni un protocolo de actuación de monitorización y diagnóstico precoz de dicho daño, además esto puede llevar a una preocupación excesiva por la aparición de toxicidad que impida terapias potencialmente curativas, así como la subestimación de éste riesgo que puede comprometer el pronóstico vital a largo plazo.

Por ello es útil crear equipos multidisciplinarios locales para optimizar los resultados en salud tanto de los pacientes con cáncer como de los supervivientes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Creación de un equipo local multidisciplinar Cardio-onco-hematología cuyo objetivo sea:

- Agilizar la comunicación entre los profesionales implicados en el proceso del cáncer.
- Desarrollar un protocolo local de prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones cardiovasculares.
- Facilitar el tratamiento oncológico.
- Evitar interrupciones en la administración del tratamiento antitumoral.

Creación de una consulta en Cardiología para pacientes oncológicos cuyo objetivo sea:

- Optimizar el control de los factores de riesgo cardiovascular.
- Optimizar medidas terapéuticas de protección cardíaca.
- Identificar y tratar precozmente posibles toxicidades cardiovasculares.
- Programar un seguimiento de los supervivientes al cáncer.

#### MÉTODO

En primer lugar se va a realizar un Protocolo de actuación en función del tratamiento oncológico que se vaya a administrar, que describa: cómo estratificar el riesgo cardiovascular del paciente y tipo de pruebas que hay que realizar tanto de forma basal como a lo largo del tratamiento para detección precoz (por ejemplo en caso de administración de antraciclinas, ecocardiograma y biomarcadores), así como los pacientes que necesitan un seguimiento más estrecho en la consulta de Cardiología para tratamiento ya sea preventivo o por detección precoz de cardiotoxicidad.

El equipo multidisciplinar estará formado por el cardiólogo a cargo de la consulta, el cardiólogo encargado de imagen cardíaca así como de un oncólogo y un hematólogo.

Dado que en éstos pacientes es importante no demorar las pruebas ni las consultas para minimizar las interrupciones del tratamiento oncológico, se va intentar abrir una consulta de media mañana 2 días a la semana.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0355

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN CARDIO-ONCO-HEMATOLOGIA: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA MONITORIZACION Y DIAGNOSTICO PRECOZ DE CARDIOTOXICIDAD SECUNDARIA A TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS

##### INDICADORES

Número de pacientes con tratamiento potencialmente cardiotoxico a los que se les aplica el protocolo respecto al número total de pacientes.  
Valorar retraso de inicio de tratamiento oncológico antes y después de la puesta en marcha del proyecto.  
Valorar suspensión de tratamientos por cardiotoxicidad antes y después de la puesta en marcha del proyecto.  
Valorar desarrollo de Cardiotoxicidad a largo plazo (años tras la suspensión del tratamiento).

##### DURACIÓN

-Creación de un borrador del protocolo de actuación en los meses de mayo y junio.  
-Puesta en común de éste borrador entre los miembros del equipo para mejoras y modificaciones entre julio, agosto y septiembre  
-Apertura de la consulta en octubre-noviembre y puesta en marcha del proyecto

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SEF SAUDI MORO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

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

ABADIA FORCEN MARIA TERESA  
TALAL EL-ABUR ISSA  
GARCIA DOMINGUEZ MELODY  
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO  
SARVISE LACASA FERNANDO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La urokinasa es una proteína que activa el plasminógeno formando plasmina, una proteasa activa que degrada, proteínas, la fibrina. Existen diferencias en las técnicas de drenaje percutáneo: distintos tipos de catéteres, distintos métodos de imágenes para guiar el drenaje y distinto manejo de los catéteres de drenaje. La mayoría de los estudios que evaluaron técnicas de drenaje percutáneo no fueron controlados, por lo que no está establecido cual es el mejor método. Actualmente los radiólogos consideran que todos los métodos por imágenes son útiles para guiar el drenaje, aunque muchos prefieren la tomografía computada para realizar el procedimiento y el seguimiento del absceso.

Nuestro estudio incluyó 10 pacientes, entre 38 y 81 años, con abscesos que requirieron drenaje percutáneo. Se consideró absceso a toda colección de líquido con cultivo positivo o que según el criterio clínico necesitaba tratarse como absceso (los pacientes que habían recibido antibióticos podían tener líquidos con cultivos negativos). Los pacientes fueron tratados en las primeras 24 horas colocando el catéter de drenaje. Se excluyeron los abscesos pancreáticos por el riesgo de tratarse un pseudoquistes (frecuentemente tienen pseudoaneurismas en su interior que pueden romperse con los fibrinolíticos). También se excluyeron los pacientes con tumores, malformaciones arteriovenosas, con coagulopatía e hipersensibilidad a la urokinasa. Durante 4 días, desde la colocación del catéter de drenaje, se administró solución salina o urokinasa con intervalos de 8 horas. La dosis de urokinasa dependía del tamaño del absceso: 1-3 cm:12500 U/3ml), 3-5cm:25000 U(5ml);5-10 cm:50000U(10ml);mas de 10cm:100000 U(10ml). Después de administrada la urokinasa se limpiaba el catéter con solución salina y posteriormente se clampa durante 15 minutos y se dejaba drenar el contenido.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se definió exitoso cuando había una resolución completa del absceso según el examen físico y un laboratorio normal y no se necesitó de otra intervención para lograr la curación. El catéter se retiraba cuando el drenaje era menor del 10 ml/día en 3 días consecutivos.

| Localización         | Número |
|----------------------|--------|
| Peritoneales         | 4      |
| Retroperitoneales    | 1      |
| Parenquimatosos      | 2      |
| Hematomas Infectados | 3      |

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el tiempo en que se llevó a cabo este estudio (Mayo- Noviembre 2018), dadas las características demográficas de la población de estudio, no se incluyeron un número suficiente de pacientes para analizar la influencia de factores como el tamaño del absceso, las características del mismo (tabicación, hematoma, etc.), la localización, el tamaño del catéter utilizado o el método de drenaje (succión o gravedad). Hemos observado que el tratamiento con Uroquinasa tuvo un tiempo de ingreso hospitalario promedio menor y un menor costo total y diario, con respecto al tratamiento clásico.

La crítica principal que puede hacerse a este trabajo es el número pequeño de pacientes estudiado, que impide un análisis completo de las variables que influyen en el tratamiento y resta fuerza estadística a los resultados. Es necesario realizar estudios con más pacientes para mejorar la significación estadística de los resultados. Un sesgo importante de este estudio es que no se empleó un sistema doble ciego, esto puede influir en el resultado. No se informan efectos adversos con la utilización de urokinasa, se asume que no los hubo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/200 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0200

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Título  
PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Autores:  
SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, TALAL EL-ABUR ISSA, ZAMBRANA CAMPOS VANESA, GARCIA DOMINGUEZ MELODY, ROLDON GOLET MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
DESCRIPCIÓN: La urokinasa es una enzima producida por los riñones, utilizándose cultivos de células renales humanas para producir esta sustancia. Debido a que es un producto endógeno, las reacciones de hipersensibilidad son menos frecuentes que con la estreptoquinasa, aunque esta última es mucho más barata. MECANISMO DE ACCIÓN La urokinasa ejerce su acción sobre el sistema fibrinolítico endógeno para convertir el plasminógeno a plasmina rompiendo directamente el enlace arginina-valina en el plasminógeno. La plasmina degrada la fibrina y el fibrinógeno y también los factores procoagulantes V y VIII. Los productos de degradación de la fibrina y del fibrinógeno ejercen un efecto anticoagulante clínicamente significativo, que se mantiene en la circulación durante unas 24 horas. Como resultado de la disminución de los niveles plasmáticos de fibrinógeno, la urokinasa también reduce la agregación plaquetaria y la viscosidad de la sangre. FARMACOCINÉTICA Los efectos trombolíticos disminuyen pocas horas después de la administración, pero los efectos anticoagulantes se mantienen durante 24 horas. No se sabe en que extensión la urokinasa atraviesa la barrera placentaria y se excreta en la leche. La semi-vida plasmática es de unos 20 minutos con un rápido aclaramiento hepático.

RESULTADOS ESPERADOS  
Proporcionar cuidados de calidad y seguridad al paciente con heridas quirúrgicas anfractuosas de larga evolución. Optimizar recursos materiales y carga asistencial aportando valor a la organización y disminuyendo costes. Aumentar la satisfacción de los pacientes

MÉTODO  
1.- Identificar aquellas heridas quirúrgicas complicadas susceptibles de tratamiento desbridante con Urokinasa® y notificarlo a la Supervisora de Enfermería o/y al Cirujano.  
2.- El Cirujano comprobará en la Historia Clínica los siguientes datos:  
a) DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE  
b) DATOS DE LA COMORBILIDAD DEL PACIENTE  
c) DATOS TÉCNICOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA  
d) DATOS del día y de los parámetros DE LA ÚLTIMA ANALÍTICA realizada  
e) Anotar la medicación y el tipo de dieta que lleva pautado el paciente  
f) Anotar la existencia o no de TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA  
g) Anotar la existencia o no de CULTIVOS PREVIOS AL TRATAMIENTO DESBRIDANTE CON UROKINASA® DE LA HERIDA QUIRÚRGICA.  
3.- Las curas se realizarán CADA 12-24 HORAS según las siguientes indicaciones, pero se debe de INDIVIDUALIZAR CADA CURA SEGÚN CRITERIO Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

INDICADORES  
1.- El personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico, tomará CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS de la herida quirúrgica PREVIOS a la cura diaria (del turno de mañanas) en los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.  
2.- Realizar ANALÍTICA con carácter NORMAL, los días 1º, 3º, 5º y 8º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®, por el personal de Enfermería previa petición del volante por el Médico Residente y en la que deben de figurar los siguientes parámetros: Hemograma, bioquímica, coagulación, ESTUDIO NUTRICIONAL, estudio de la función hepática, función renal y estudio metabólico del hierro  
3.- El Médico FOTOGRAFIARA de la herida quirúrgica previamente a la cura diaria de los días 1º, 3º, 5º, 8º, 10º y 15º tras el comienzo del tratamiento desbridante con Urokinasa®.

DURACIÓN  
Fecha de Inicio "recogida de pacientes": 2 de Mayo 2.018  
Fecha Fin "recogida de pacientes": 2 Noviembre 2.018

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0200

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION CON EL EMPLEO DE LA UROKINASA® COMO DESBRIDANTE EN HERIDAS QUIRURGICAS COMPLICADAS

Recogida de pacientes: 6 meses  
Análisis de Resultados: Noviembre 2018  
Presentación de Resultados: 13 Diciembre 2018

#### OBSERVACIONES

Corrección del proyecto 2018\_0197 (Contrato Programa) en el cual se me solicita se me indica que supero el numero de caracteres.  
Solicito una vez corregido su admisión.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1225

### 1. TÍTULO

#### TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA GONZALEZ SANAGUSTIN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALVO ALAGON TRINIDAD  
GALINDO LANUZA MARIA DOLORES  
ARA REY ANA CRISTINA  
MORLAN POCIELLO SARA  
GARULO GRACIA DANIEL  
GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO REUNIONES DE TRABAJO PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMIA Y LOS CUIDADOS A REALIZAR EN EL PACIENTE, AL ALTA A SU DOMICILIO-  
SE HA FORMADO EL DÍPTICO Y ESTÁ EN FASE DE REVISIÓN E IMPRESIÓN DEL MISMO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A DOMICILIO EN 24-48 HORAS DE LA INTERVENCIÓN.  
? DAR CONFIANZA, RESOLVIENDO SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.  
? QUE LA PERSONA QUE RECIBE EL DÍPTICO MANIFIESTE QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EN SU DOMICILIO.  
? TODOS LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE VAYAN AL DOMICILIO CON EL DÍPTICO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ES IMPORTANTE EL TRABAJO EN EQUIPO, EN TODAS LAS CATEGORIAS, APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA Y /O CONOCIMIENTOS DE TODOS LOS MIEMBROS DEL PROYECTO, REVISANDO LA BIBLIOGRAFIA.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1225 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1225

Título  
TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

Autores:  
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA, CALVO ALAGON TRINIDAD, GALINDO LANUZA MARIA DOLORES, ARA REY ANA CRISTINA, ZAZO CEBOLLERO CLARA ISABEL, MORLAN POCIELLO SARA, GARULO GRACIA DANIEL, GALVEZ RODRIGUEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN SANITARIA

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
ANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA LIMITADA A 24-48 HORAS TRAS LA INTERVENCIÓN, SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE DAR APOYO AL PACIENTE Y A SUS FAMILIAS, PARA EL CUIDADO DE LAS HERIDAS PROPIAS DE LA INTERVENCIÓN, DE LAS ACTIVIDADES QUE PUEDE REALIZAR TRAS LA CIRUGÍA Y LA EDUCACIÓN EN LA DIETA QUE SE ACONSEJA SEGUIR TRAS UNA COLECISTECTOMÍA.  
POR ESO, VAMOS A REALIZAR ESTE TRÍPTICO INFORMATIVO.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1225

### 1. TÍTULO

#### TRIPTICO INFORMATIVO AL ALTA PARA PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS

- QUE LA PERSONA INTERVENIDA MANIFIESTA QUE ENTIENDE LOS CUIDADOS QUE PRECISARÁ EN SU DOMICILIO.
- REDUCIR LA ANSIEDAD ANTE EL HECHO DE IR A CASA EN 24-48 HORAS.
- DAR CONFIANZA AL PERSONAL QUE LE ATIENDE EN EL HOSPITAL, RESOLVIENDO TODAS SUS DUDAS ANTES DEL ALTA.
- TODO PACIENTE COLECISTECTOMIZADO SE IRÁ A SU DOMICILIO CON EL TRÍPTICO.

#### MÉTODO

- REALIZACIÓN DEL TRÍPTICO.
- REALIZACIÓN DE REUNIÓN CON EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO, PARA CONOCIMIENTO DEL PROYECTO.

#### INDICADORES

- EL 100% DE LOS PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS SE IRÁN CON EL TRÍPTICO AL ALTA HOSPITALARIA.
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SE ASEGURARÁ DE LA COMPENSIÓN DEL PACIENTE Y/O FAMILIA SOBRE LOS CUIDADOS EXPLICADOS MEDIANTE PREGUNTAS DIRECTAS Y CONCISAS.

#### DURACIÓN

DE JUNIO A SEPTIEMBRE 2018: REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO PARA BUSCAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA COLECISTECTOMÍA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO A DESARROLLAR.

DE OCTUBRE A NOVIEMBRE 2018: REUNIONES PARA REALIZAR EL TRÍPTICO INFORMÁTICO.

DICIEMBRE 2018: MANDAR A REPROGRAFÍA EL TRÍPTICO Y DARLO A CONOCER AL PERSONAL DE LA PLANTA PARA SU USO.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

### 1. TÍTULO

#### MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA AMPARO FONTESTAD UTRILLAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MOMPRADE CASASIN SUSANA  
CID MARTINEZ ROSA  
REBOLLO GONZALEZ SARAI  
MONTES LORIZ ELENA  
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL  
SALOME PILARCES VIRGILI  
LORETO CASTILLO CORTES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Revisión de historias clínicas y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp para identificar el número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta en el año 2018.  
- Revisión de historias clínicas y registro de quirófano para contabilizar el número de re intervenciones motivadas por una incorrecta movilización postoperatoria en la planta.  
- Modificación del folleto informativo que se proporciona al paciente durante el ingreso hospitalario sobre la correcta movilización en los primeros meses tras la implantación de una prótesis de cadera. Folleto que se entregará también al personal que se incorpore nuevo en la cuarta planta (enfermería, auxiliares de enfermería, celadores y estudiantes).  
- Realización de una clase teórico-práctica sobre el tema, dirigida a todo el personal de la planta de traumatología y cirugía ortopédica del hospital San Jorge de Huesca, impartida por los FEA de COT que figuran en este proyecto de mejora.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:  
- Aumento de los conocimientos sobre el tema del personal sanitario que tiene relación con este tipo de pacientes, para evitar complicaciones derivadas de una incorrecta movilización del paciente.  
- Disminuir el número de complicaciones y re intervenciones derivadas de una movilización incorrecta.  
- Realizar un folleto explicativo de la correcta movilización tras la implantación de una prótesis de cadera, más visual y completo que disminuya las dudas tanto del paciente como del personal sanitario implicado.

Valor de Indicadores:

- Número de complicaciones sobre movilización incorrecta: cero.  
- Número de re intervenciones: cero.  
- Grado de dependencia al alta (Índice de Barthel): 74.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La clase impartida tuvo un grado de asistencia satisfactorio. En ella, se resolvieron dudas y se contestaron preguntas que realizaron los asistentes.  
El folleto explicativo, es más visual y consideramos que más entendible por lo que será de gran utilidad tanto para los pacientes como para el personal sanitario implicado.  
Aun así, el manejo que se realiza de los pacientes intervenidos de prótesis de cadera en la planta de hospitalización, es satisfactorio y así lo indica la ausencia de complicaciones derivadas de un manejo incorrecto y el índice de Barthel, cuyos valores entran dentro de los parámetros estándar.

#### 7. OBSERVACIONES.

Las dos bajas causadas a mitad del proyecto, han sido ocupadas por dos enfermeras de la cuarta planta de hospitalización, Loreto Castillo Cortés y Salomé Pilarcés Virgili, que están directamente relacionadas con el proyecto y su correcto cumplimiento.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/236 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0236

Título  
MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236

### 1. TÍTULO

#### MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO

##### Autores:

FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, SANCHO RODRIGO MARTA, MOMPRADE CASASIN SUSANA, CID MARTINEZ ROSA, REBOLLO GONZALEZ SARAI, MONTES LORIZ ELENA, BOSQUE CASASIN ISABEL, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Prevención/detección precoz

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

- La alarma generada tras dos complicaciones secundarias a la incorrecta movilización de dos pacientes que habían sido intervenidos mediante artroplastia de cadera, propició la solicitud, por parte del personal de enfermería y celadores de la planta de Traumatología, de la realización de unas clases de instrucciones básicas sobre cómo movilizar correctamente a estos pacientes.  
- Pensamos que se trata de un proyecto útil que puede llevar a unificar criterios sobre el manejo de estos pacientes evitando así las posibles complicaciones de una movilización incorrecta como puede ser la luxación protésica, la fractura periprotésica, arrancamiento accidental de sondas urinarias, drenajes y vías periférica...  
- Se trata de un problema serio cuyas consecuencias pueden ser de suma importancia ya que pueden derivar en la necesidad de realizar una reintervención.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar el modo de realizar las movilizaciones de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera durante su ingreso hospitalario.  
- Evitar las consecuencias de una movilización incorrecta.  
- Dotar de autonomía a todo el personal sanitario que está a cargo de estos pacientes durante su hospitalización (celadores, auxiliares de enfermería y enfermeras) para poder realizar la movilización de estos pacientes sin supervisión médica.  
- Mayor tranquilidad y seguridad de todo el personal a la hora de realizar las movilizaciones.

##### MÉTODO

- Impartición de clases teórico-prácticas sobre la correcta movilización de los pacientes intervenidos mediante artroplastia de cadera dirigidas fundamentalmente a personal de enfermería, celadores y auxiliares de enfermería que estén en relación con el manejo de este tipo de pacientes.  
- Los responsables de la impartición de estas clases serán los facultativos del servicio de COT, el personal de enfermería de la cuarta planta de hospitalización y los celadores que aparecen en este plan de mejora ya que son los que trabajan diariamente con estos pacientes.

##### INDICADORES

- Número de complicaciones secundarias a una movilización incorrecta. Se monitorizará mediante la historia clínica y las notificaciones anónimas realizadas en el sistema Sinasp por este motivo.  
- Número de reintervenciones derivadas de ello. Se monitorizará mediante el registro de quirófano.  
- Grado de dependencia del paciente al alta. Se monitorizará mediante el Índice de Barthel (escala que se ocupa de valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

##### DURACIÓN

- La primera clase se impartirá en el mes de junio 2018 y se podrá repetir las veces que sean necesarias, a petición de cualquier profesional relacionado con el tema.  
- La duración de este plan de mejora sería indefinida una vez impartida la clase.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0236**

**1. TÍTULO**

**MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE ARTROPLASTIA DE CADERA, MEJORA DE LAS INSTRUCCIONES BASICAS PARA EL PERSONAL SANITARIO**

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA SANCHO RODRIGO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL  
REBOLLO GONZALEZ SARAI  
BERASATEGI NORIEGA IRAIA  
PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR  
JAL ALLUE ANA ISABEL  
MARTINEZ MORALES SAMUEL  
RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-La hemoglobina preoperatoria es el principal factor predictivo de recibir una transfusión sanguínea, por lo que el diagnóstico y tratamiento de la anemia preoperatoria constituye la parte fundamental para evitarla.

-El proyecto de mejora se basa en la instauración de un protocolo de ferroterapia intravenosa en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera.

-A todo paciente diagnosticado de fractura osteoporótica de cadera ingresados en el Hospital de Jaca, el mismo día del ingreso, se comienza con el tratamiento con la ferroterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

-En función de las cifras de hemoglobina resultantes de la analítica de control del día de ingreso, se administra asimismo eritropoyetina.

-Durante el ingreso hospitalario se van realizando hemogramas de control para valorar la necesidad de añadir algún otro tratamiento para la corrección de la anemia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Disminuir el número de transfusiones: se ha transfundido al 15% de pacientes con diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera tras la implantación de ferroterapia intravenosa, un 10% menos en comparación con pacientes en los que no se administró la ferroterapia intravenosa.

-Disminuir las reacciones postransfusionales: no se observaron reacciones adversas postransfusionales en los pacientes transfundidos.

-Optimizar las cifras de hemoglobina y hematocrito durante el ingreso hospitalario: hematocrito medio postquirúrgico de 30,4% y al alta de 31,1%.

Hemoglobina media postquirúrgica de 10,2 g/dL y al alta de 10,5 g/dL.

-Menores complicaciones derivadas de la anemia postfractura: se ha observado una disminución en el número de hipotensiones derivadas de cifras de hemoglobina bajas.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La implantación de la ferroterapia intravenosa desde el primer día de ingreso del paciente con fractura osteoporótica de cadera beneficia ampliamente al paciente, no sólo por un mejor estado general con menos cuadros de malestar e hipotensiones, sino por disminuir las necesidades transfusionales y un mejor control analítico del paciente a su llegada a quirófano.

- La administración de hierro intravenoso y eritropoyetina no aumenta la estancia hospitalaria.

- La optimización de los valores de hemoglobina y de los depósitos de hierro previos a la cirugía es fundamental para evitar la anemia postoperatoria y minimizar el riesgo de transfusión.

- Demorar la intervención a lo mínimo imprescindible ya que ello supone un menor descenso de la hemoglobina prequirúrgica.

#### 7. OBSERVACIONES.

-Asimismo se está realizando un protocolo oficial de ferroterapia intravenosa para su uso en planta de hospitalización de COT en el Hospital de Jaca.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/242 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Nº de registro: 0242

Título  
APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA  
DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA

Autores:  
SANCHO RODRIGO MARTA, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, REBOLLO GONZALEZ SARAI, SANAGUSTIN SILANO MIGUEL, PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR, JAL ALLUE ANA ISABEL, MARTINEZ MORALES SAMUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Los pacientes ingresados en el servicio de Traumatología del hospital de Jaca por fractura de cadera, pendientes de traslado al hospital San Jorge de Huesca para ser intervenidos quirúrgicamente, se verían beneficiados de la administración de ferropterapia intravenosa para mejorar sus cifras de hemoglobina (Hb) prequirúrgicas y así disminuir el número de transfusiones y complicaciones perioperatorias y postoperatorias. La administración de la ferropterapia intravenosa supone una medida eficaz para una disminución del número de las complicaciones que aparecen al inicio de la sedestación, posiblemente por motivos hemodinámicos (mareos, hipotensión, sudoración, síncope...).

En estos momentos, dicho tratamiento no se administra de manera reglada y tampoco en todos los pacientes. Este proyecto es útil porque un tratamiento intensivo de la anemia preoperatoria con preparados de hierro endovenoso, supone una rápida y efectiva recuperación de los niveles de Hb con la consiguiente mejora de la situación del enfermo para afrontar la cirugía y el postoperatorio inmediato además de disminuir la necesidad de recibir una transfusión sanguínea alogénica con sus posibles riesgos asociados.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La anemia influye muy negativamente en la calidad de vida de los enfermos en general y en los pacientes con fractura osteoporótica de cadera en particular. Aplicando este tratamiento, se pretende mejorar la situación basal del enfermo alcanzando cifras de hemoglobina en el rango de la normalidad y con ello disminuir las complicaciones postoperatorias derivadas de la anemia en estos pacientes.

Disminuir el número de transfusiones alogénicas en pacientes diagnosticados de fractura osteoporótica de cadera en el hospital de Jaca.

#### MÉTODO

El mismo día del ingreso del paciente en planta, el facultativo responsable prescribirá la ferropterapia intravenosa en función de las cifras de hemoglobina en la analítica de ingreso del paciente.

El personal de enfermería se encargará de comenzar la administración del tratamiento el mismo día del ingreso. Se administrarán tres dosis de hierro intravenoso separadas en intervalos de 48 horas.

Se realizará, además del hemograma al ingreso, un hemograma postoperatorio y un hemograma al alta.

#### INDICADORES

Número de transfusiones pre o postquirúrgicas realizadas durante el ingreso. Se monitoriza mediante la historia clínica.

Cifras de Hb en las analíticas realizadas durante el ingreso hospitalario. Se monitoriza con los resultados de las analíticas visibles a través de la intranet clínica.

Número de complicaciones derivadas de la anemia: aparición de síntomas hemodinámicos, retraso de la movilización de los pacientes... Monitorización mediante la historia clínica.

#### DURACIÓN

Cronograma: el mismo día del ingreso, se inicia el tratamiento con la ferropterapia intravenosa que se repetirá cada 48 horas hasta completar tres dosis.

Se extraerán los datos referentes a los indicadores mencionados cada 3 meses valorando si, en el periodo de

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0242**

**1. TÍTULO**

**APLICACION DE UN PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE JACA DIAGNOSTICADOS DE FRACTURA OSTEOPOROTICA DE CADERA**

un año, el tratamiento ha sido efectivo para que así quede implantado definitivamente. La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, pautando dicho tratamiento a todo paciente ingresado diagnosticado de fractura de cadera.

OBSERVACIONES

Ninguna

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIA GARCIA MALINIS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN  
SOLANAS TREVIÑO RUTH  
DEL PRADO SANZ MARIA ELENA  
PLANAS LINARES DOLORES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Se ha evaluado la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:

o UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.

o DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.

o La disminución del gasto farmacéutico se ha obtenido de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

#### Actividades realizadas

o Se han realizados dos protocolos de desintensificación en pacientes que se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg:

o Primera pauta: optimización por bajada de dosis

1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses

2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses

3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses

4º Posteriormente, suspender tratamiento.

o En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o En la unidad de Dermatología, tenemos 21 pacientes en tratamiento con Omalizumab que cumplen criterios de inclusión del plan de calidad.

o A un paciente se le suspendió el tratamiento por falta de respuesta e ineficacia.

o 8 pacientes continúan con su dosis inicial.

o Con respecto a la primera pauta de desintensificación: 3 pacientes a dosis de 225 cada 4 semanas, 2 a dosis de 150mg cada 4 semanas, 2 pacientes a dosis de 75mg, todos en espera de suspensión y un paciente se ha llegado a suspender, por mejoría completa y ausencia de síntomas clínicos de urticaria.

o Con respecto a la segunda pauta: tres pacientes se han llegado a desintensificar de 2 a 3 semanas y dos pacientes, se ha llegado a suspender por estar asintomáticos tras desintensificación semanal.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

o La implantación de un protocolo de desintensificación permite el mejor manejo de la urticaria crónica espontánea, minimizando la dosis de administración y de esta forma, minimizando los efectos adversos que suponen los tratamientos biológicos.

o Se ha conseguido la reducción gasto farmacéutico. La media del coste mensual por paciente es de 860 euros. Con reducción a dosis de 225, el coste se reduce a unos 700 euros mensuales. En los pacientes con dosis de 150, la reducción en gasto sanitario se ha reducido unos 430 euros y en el caso de los pacientes con dosis de 75mg a unos 210 euros mensuales. La reducción mensual en total ha llegado a un total de casi 3000 euros, sin contar los 3 pacientes que se ha llegado a suspender el tratamiento.

o Además en los pacientes, en los que se han conseguido una optimización por semanas el número de visitas se ha visto reducido.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1430 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1430

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA

Autores:  
GARCIA MALINIS ANA JULIA, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN, SOLANAS TREVIÑO RUTH, DEL PRADO SANZ MARIA ELENA, PLANAS LINARES DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La urticaria es una de las afecciones cutáneas más frecuentes en nuestro medio con una prevalencia estimada de entre el 0,5 y el 1% de la población general. La urticaria crónica espontánea (UCE) se caracteriza por la presencia de habones y/o angioedema durante más de 6 semanas de causa desconocida y no inducible.

La UCE representa cerca del 70% de todas las urticarias crónicas, generando una importante repercusión en la calidad de vida del paciente dado su difícil manejo terapéutico. El manejo de la UCE supone varios eslabones terapéuticos. Inicialmente se pauta antihistamínicos orales a dosis de ficha técnica. En caso de no respuesta a dosis regulares de antihistamínicos-H1 de segunda generación se recomienda el uso de hasta 4 veces la dosis pautada o cambio otro antihistamínico. En los casos refractarios la tercera línea de tratamiento correspondería al uso de omalizumab, ciclosporina o añadir un antagonista de leucotrienos, entre otros. El uso de corticoides sistémicos solo estaría recomendado para el manejo de las exacerbaciones agudas en pautas cortas de menos de una semana.

El Omalizumab es un anticuerpo monoclonal recombinante humanizado que se une selectivamente a la IgE libre y ha sido aprobado para el tratamiento de la UCE. La dosis recomendada para el tratamiento de la UCE con Omalizumab es de 300 mg cada 4 semanas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- realizar e implementar un protocolo de desintensificación del tratamiento con Omalizumab en pacientes con UCE en la consulta de Dermatología.
- Disminuir el gasto farmacéutico y sanitario.
- Disminuir el número de visitas del paciente.
- Disminuir el número de reacciones adversas asociados al fármaco y mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la calidad de vida del paciente.

#### MÉTODO

- Criterios de inclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab controlada con UAS: 0-1 y UAS7 : =7.
- Criterios de exclusión: pacientes con UCE en tratamiento con Omalizumab no controlada o con UAS 7 mal controlado, superior a 7.

Los pacientes que cumplan criterios de inclusión y que inicialmente se encuentran en tratamiento con Omalizumab 300mg cada 4 semanas, irán optimizando su pauta de la siguiente forma:

- 1º Descenso de dosis a 225mg cada 4 semanas durante 3 meses
- 2º Descenso de dosis a 150 mg cada 4 semanas durante 3 meses
- 3º Descenso de dosis a 75mg cada 4 semanas durante 3 meses
- 4º Posteriormente, suspender tratamiento.

En caso que en algunos de los pasos el paciente tenga un mal control o UAS superior a 7 se volvería a la dosis de inicio.

#### INDICADORES

##### Indicadores y evaluación

Se evaluará la mejoría de la respuesta y calidad de vida del paciente mediante una serie de encuestas que miden la actividad de la urticaria y la calidad de vida:

- UAS (urticary activity score), permite medir la actividad de la urticaria (prurito, presencia o no de habones) mediante una escala de 0 a 42 durante 4 semanas, considerándose controlada cuando la puntuación es inferior a 7.
- DLQI: es una encuesta validada de medición de la calidad de vida en dermatología.

La disminución del gasto farmacéutico se obtendrá de la diferencia entre el gasto con pauta de ficha técnica y gasto pauta desintensificación.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1430**

**1. TÍTULO**

**OPTIMIZACION EN EL MANEJO DE OMALIZUMAB EN PACIENTES CON URTICARIA CRONICA ESPONTANEA**

**DURACIÓN**

Enero a Diciembre de 2018. Actualmente ya se está realizando la optimización y desintoxicación del tratamiento en los pacientes con UCE en el servicio de Dermatología.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL DOMINGUEZ CAJAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CAMO MONTERDE PATRICIA  
BER NIETO YOLANDA  
OLIVAN GUERRI LORENZO  
LAMBAN AISA ANA  
LUE ALBERTO  
MONTORO HUGUET MIGUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones entre las que se incluyen las siguientes:  
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.  
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento.  
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, etc) durante la primera visita especializada.  
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Índice de Harvey Bradshaw, Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease, etc) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos.  
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir el tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.  
2. De acuerdo con el Servicio de Citaciones se ha decidido la paulatina modificación de los tiempos asignados a las primeras visitas de las distintas consultas de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), tanto Enfermedad de Crohn (EC) como de Colitis Ulcerosa (CU), de las que dispone el Sº de Digestivo.  
3. Igualmente se ha decidido la creación de un nuevo número para codificar las primeras visitas en las consultas específicas de EII para evitar confusiones en las citaciones. De esta forma se evita el que un paciente sea citado en una consulta diferente a la prevista por disminuyendo el riesgo de duplicar visitas o de que el paciente sea valorado menos tiempo del decidido.  
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME).  
5. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, como las accesibles a través de la página web de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG):  
[http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04\\_infogastrum\\_enfermedad\\_crohn\\_web.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/04_infogastrum_enfermedad_crohn_web.pdf)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Tras la elaboración del proyecto, y desde el 1 de Enero de 2019, se ha incrementado el tiempo de la primera visita en Consulta monográfica de EII del Dr Domínguez a 30 minutos (en vez del tiempo estándar de 15 minutos de la consulta general), permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente. Se ha decidido iniciar los cambios en una consulta especializada de nueva creación en el Hospital San Jorge e ir implementando los cambios progresivamente en las ya existentes (Consultas de Inflammatoria de Dr Montoro y Dra Ber, localizadas en Hospital Sagrado Corazón de Jesús).  
2. Se ha general un nuevo número de codificación de las primeras visitas en las consultas específicas de EII (1.333) en línea con el código de seguimiento que ya existía (2.333).  
3. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con EC. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: Historia Clínica, Evaluación Actividad Inflammatoria, Preparación para el tratamiento y Pruebas y solicitudes pendientes. El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la EC, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (x.ej pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). El segundo de los pasos caracteriza la actividad inflamatoria mediante la recopilación de variables analíticas relevantes (sanguíneas y fecales) e índices de actividad clínicos (Índice de Harvey Bradshaw) y endoscópicos (Simplified Endoscopic activity Score for Crohn's Disease). El tercero recoge información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando el correcto cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado y profilaxis de infecciones y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas o de solicitud de pruebas complementarias. Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores.  
4. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico desde la consulta médica a la Consulta Monográfica de Enfermería (CME) mediante la inclusión de esta necesidad en el Checklist de comprobación.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

5. Colaboración en estudios multicéntricos en los que participa la Unidad mediante el apoyo en el reclutamiento de pacientes de nuevo diagnóstico.
6. Igualmente, el aumento del tiempo disponible permite mejorar la recopilación de los datos necesarios para la completa introducción de nuevos casos de pacientes con EC en el registro nacional de pacientes con EII (Base de Datos ENEIDA).
7. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.
8. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con EC atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad así como la información de contacto con la Unidad. Sin embargo, dado que la consulta no ha podido ser instaurada hasta Enero de 2019 por dificultad para ajustar con las agendas previas no es posible valorar en este momento el cumplimiento del resto de ítems.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico cuyo coste, asociado a su diagnóstico y tratamiento, depende de múltiples factores como son su localización y extensión, su fenotipo, la presencia de manifestaciones extraintestinales y la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, lo que explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez hayan sido sometidos a múltiples pruebas y tratamientos. En estos casos la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere un tiempo adecuado tanto para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad como para recabar información necesaria para el diagnóstico y la planificación segura y eficiente del tratamiento. Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ha ampliado con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.
- Actualmente quedaría pendiente comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.
- En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica en la que se han implementado los nuevos horarios y codificaciones por lo que en el futuro la idea es replicar esto en las otras dos consultas de EII de nuestra Unidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/421 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0421

Título  
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

Autores:  
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, CAMO MONTERDE PATRICIA, BER NIETO YOLANDA, OLIVAN GUERRI LORENZO, LAMBAN AISA ANA, MONTORO HUGUET MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La Enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad de curso crónico secundaria a una respuesta inmune aberrante en un individuo genéticamente susceptible. Su incidencia anual en Europa es de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Los costes asociados a su diagnóstico y tratamiento dependen en gran medida de la localización y extensión de la enfermedad, de su fenotipo (inflamatorio, penetrante-fistulizante y fibroestenótico), de la presencia o no de manifestaciones extraintestinales y de la respuesta a los tratamientos. Un estudio europeo (IMPACT) demostró que el retraso en el diagnóstico es la norma, con una media de 1-3 años (18% > 5 años) y

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0421

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD DE CROHN

que el 64% de los casos precisaron atención urgente antes de llegar al diagnóstico. Todo ello explica que gran parte de los pacientes remitidos a la consulta por primera vez, hayan sido sometidos a múltiples pruebas y ensayos terapéuticos, incluyendo hospitalización y cirugía. La información obtenida por el paciente, a menudo procede de fuentes poco fidedignas, es incompleta, alarmante, errónea o incluso dañina. Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con EC que son atendidos por primera vez en la consulta monográfica de EII del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

#### MÉTODO

- Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
- Creación de un protocolo de actuación conjunta (médico y enfermera) basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerda el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
  - 1º Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo hábito tabáquico, localización, extensión, fenotipo (clasificación de Montreal) y Manifestaciones Extraintestinales con vistas a seleccionar la terapia más apropiada.
  - 2º Protocolizar las investigaciones necesarias para definir la localización y extensión de los segmentos afectados por la enfermedad y medición de la actividad clínica, biológica, endoscópica y obtenida por pruebas de imagen.
  - 3º Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo estado inmune frente a infecciones, TBC, historia de cáncer y coordinar acciones con Medicina Preventiva, para determinar la pertinencia y/o contraindicación de terapias avanzadas (inmunomoduladores y biológicos).
  - 4º Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados, a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
  - 5º Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad.

#### INDICADORES

- % de pacientes atendidos por 1ª vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial.
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa.
- % de pacientes en cuya asistencia ha intervenido la enfermera de la consulta monográfica.
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo.
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de inmunosupresión y derivación a Medicina Preventiva.
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad.

#### DURACIÓN

Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.  
Segundo semestre 2018: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1318

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAZARO RIOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ESTRADA ONCINS SILVIA  
ALASTRUEY REYES ANDRES DANIEL  
MILLAN ACERO ANA ROSA  
CARRERA LAPIEDRA NOELIA  
VELILLA ALONSO TERESA  
POVEDA SERRANO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
A fecha de hoy, el protocolo ha sido redactado y consensuado entre los miembros del Servicio de Digestivo quedando pendiente el fijar una fecha para ser comunicado a los miembros del Servicio de Urgencias y poder comenzar con la implementación. Así mismo se ha evaluado la adecuación de este protocolo a la agenda actual del Servicio de Endoscopias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Actualmente no podemos extraer resultados, dado que no se ha puesto en marcha el protocolo a día de hoy

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Se ha realizado un protocolo con criterios claros en la definición de hemorragia digestiva baja no grave para poder identificar aquellos pacientes que se podrían beneficiar de un manejo ambulatorio. La creación de un circuito de asistencia rápida para los pacientes con HDB sin ningún criterio de gravedad permitiría optimizar el manejo clínico de estos pacientes reduciendo los costes y la morbilidad asociada a estancias hospitalarias innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1318 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1318

Título  
PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

Autores:  
LAZARO RIOS MARIA, ESTRADA ONCINS SILVIA, ALASTRUEY VAL REYES, ANDRES DANIEL, MILLAN ACERO ANA ROSA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, VELILLA ALONSO TERESA, POVEDA SERRANO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La Hemorragia digestiva baja (HDB) es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias, su incidencia ha aumentado en los últimos años (> 30 casos por 105 habitantes y año) y suponen un 20-15% de los ingresos hospitalarios por hemorragia digestiva. En la población anciana, la HDB puede superar en incidencia a la hemorragia digestiva alta (200 casos por 10 5 habitantes de 80 años). Una proporción importante de pacientes con HDB son ingresados con la finalidad de acortar la demora en la realización de la colonoscopia, generando con ello un incremento notable del gasto sanitario y de estancias hospitalarias inapropiadas. La creación de un circuito de asistencia rápida para los pacientes con HDB sin ningún criterio de gravedad

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1318

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE CIRCUITO AMBULATORIO DE UN ABORDAJE RAPIDO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA NO GRAVE

permitiría optimizar el manejo clínico de estos pacientes reduciendo los costes y la morbilidad asociada a estancias hospitalarias innecesarias.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Establecer un circuito de asistencia rápida por vía ambulatoria para los pacientes que acuden a Urgencias por presentar una HDB sin ningún criterio de gravedad.
2. Mejorar la eficiencia del sistema y el gasto sanitario derivado de estancias hospitalarias inapropiadas, sin comprometer la seguridad del paciente.
3. Disminuir la tasa de complicaciones inherentes a estancias hospitalarias innecesarias incluyendo las derivadas del encamamiento inadecuado en pacientes de edad avanzada, pluripatológicos y polimedicados.

#### MÉTODO

1. Estratificar el riesgo de los pacientes que acuden a Urgencias con HDB de acuerdo con parámetros objetivos basados en la forma de presentación, antecedentes personales y examen físico
2. Establecer un protocolo asistencial consensuado con el Staff de Urgencias que permita seleccionar a los pacientes que podrían beneficiarse de un circuito de asistencia rápida preservando en todo momento la seguridad.
3. El protocolo incluiría:
  - a. Explicación al paciente de la naturaleza de su problema y de la necesidad de realizar colonoscopia precoz para alcanzar un diagnóstico sin necesidad de hospitalización.
  - b. Entrega al paciente del consentimiento informado y de la preparación para la colonoscopia.
  - c. Garantizar la realización de una colonoscopia en un tiempo inferior a 2 semanas
  - d. Valoración en consultas externas de Aparato Digestivo tras la realización de la colonoscopia con una demora < 2 semanas.

#### INDICADORES

- a. % de pacientes evaluados en Urgencias por HDB en el intervalo de un año.
- b. % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo la estratificación del riesgo
- c. % de pacientes asistidos clasificados como HDB NO GRAVE en quienes se ha logrado evitar un ingreso hospitalario.
- d. % de pacientes asistidos en Urgencias a quienes se ha realizado una colonoscopia diagnóstica por vía ambulatoria en un intervalo < 2 semanas.
- e. % de pacientes con HDB que han sido atendidos en la consulta de Aparato Digestivo de manera precoz (< 2 semanas desde la realización de la colonoscopia ambulatoria).

#### DURACIÓN

Antes de septiembre de 2018:

Reunión con el Staff de Urgencias del HSJ de Huesca para consensuar un protocolo de actuación conjunta en el paciente que acude a urgencias por presentar HDB, incluyendo la estratificación de la gravedad de acuerdo con una escala validada (escala pronóstica de Strate).

Antes de noviembre 2018

Comunicación e información del circuito a los Médicos de Urgencias del Hospital San Jorge

Adecuación de las agendas de endoscopia para prever la realización de colonoscopias diagnósticas en pacientes con HDB clasificada como NO GRAVE en un intervalo < 2 semanas.

Adecuación de las agendas de consultas externas para informar de los resultados de la colonoscopia y planificar su tratamiento

Análisis de los indicadores: julio/ 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA ESTRADA ONCINS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LAZARO RUBIO MARIA  
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN  
ORTEGA ORTEGA BELEN  
SOLER ALLUE SANDRA  
BORRA MOLINER ELISA  
RIVAS CALVETE OLGA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos elaborado un documento-protocolo asistencial que hemos remitido a los miembros del equipo que desempeñan su actividad en Urgencias. Su valoración ha hecho que actualmente estemos elaborando una hoja informativa para entregar a pacientes,, que puedan ser manejados sin necesidad de ingreso (ya sean valorados en Urgencias o en nuestras consultas ), con breve explicación de su patología, las medidas higiénico dietéticas con las que ellos pueden contribuir y las recomendaciones para acudir nuevamente para ser valorado en Urgencias. Asimismo hemos elaborado un "circuito" con la colaboración de los compañeros del servicio de Urgencias para que los pacientes que puedan ser dados de alta (que creemos no serán muchos) tengan un control precoz en consulta. En los residentes "rotantes "en nuestro servicio hemos fomentado la formación en realización de paracentesis diagnóstica siempre que ha sido posible.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos observado que prácticamente la totalidad de los pacientes que ingresan actualmente procedentes del servicio de Urgencias por descompensación ascítica, ya tienen realizada paracentesis diagnóstica lo que favorece el manejo terapéutico y la precocidad de tratamiento antibiótico (si se precisa) en caso de peritonitis bacteriana espontánea.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que la elaboración de este protocolo, la formación a los residentes rotantes en nuestro servicio en la realización de paracentesis diagnóstica y la colaboración con los miembros del equipo ha ayudado a fomentar la realización de dicha técnica en el servicio de Urgencias.

Queda pendiente la realización de documento informativo para los pacientes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1320 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1320

Título  
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Autores:  
ESTRADA ONCINS SILVIA, LAZARO RUBIO MARIA, SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, ORTEGA ORTEGA BELEN, SOLER ALLUE SANDRA, BORRA MOLINER ELISA, RIVAS CALVETE OLGA, EIZMENDI BINDER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La ascitis es la causa más común de descompensación en la cirrosis hepática (CH) y afecta a un 5-10 % de los pacientes con CH compensada cada año. Además, el 75% de los pacientes que debutan con ascitis tienen como causa subyacente la cirrosis.

Desde nuestra Unidad se realiza el seguimiento de aproximadamente 300 pacientes con CH de diferentes etiologías, la mayoría compensados, lo que supone que unos 15-30 pacientes desarrollarán ascitis a lo largo del año.

La descompensación ascítica en el paciente cirrótico se clasifica en tres grados en función de la cantidad de líquido ascítico y no todas requieren ingreso.

Grado 1: leve, detectable por ecografía.

Grado 2: moderada: distensión simétrica moderada del abdomen

Grado 3: severa: provoca importante distensión abdominal

Únicamente la ascitis grado 3 requiere ingreso hospitalario.

El análisis del líquido ascítico obtenido por paracentesis diagnóstica (PD) permite establecer un diagnóstico precoz de peritonitis bacteriana espontánea (PBE), reduciendo con ello la mortalidad desde el 90 al 20%. Hoy en día, la PD está indicada ante cualquier paciente que debuta con ascitis grado 2-3 o que requiere ingreso por CH complicada. Una adecuada valoración de estos pacientes en Urgencias permite optimizar su manejo clínico y evitar ingresos inapropiados.

##### RESULTADOS ESPERADOS

1. Promover la cultura de realizar PD de forma rutinaria en todo paciente que acude a Urgencias con sospecha de ascitis grado 2-3 o que va a precisar ingreso por cualquier otra descompensación (encefalopatía hepática, hemorragia por hipertensión portal...).
2. Obtener en todos los casos información relativa al recuento de neutrófilos, la concentración de proteínas, cultivo de líquido ascítico y el GASA (gradiente seroascítico de albúmina) cuando la causa de la ascitis no es clara.

##### MÉTODO

- 1) Promover una reunión con el Staff de Urgencias para consensuar las indicaciones de PD en diferentes escenarios clínicos.
- 2) Establecer un circuito de asistencia rápida (< 1 semana) en las consultas de hepatología en aquellos pacientes con descompensación hidrópica que no han requerido de ingreso hospitalario tras su valoración en Urgencias.
- 3) Proporcionar recursos para el aprendizaje de la PD por parte de los MIR que rotan por la Unidad de Aparato Digestivo y solvencia para llevar a cabo la técnica de manera efectiva durante sus guardias de presencia física.

##### INDICADORES

- 1) % de pacientes con hepatopatía crónica que acuden a Urgencias por presentar ascitis de debut grado 2-3 en quienes se ha realizado análisis del líquido ascítico mediante PD.
- 2) % de pacientes con CH que ingresan en el hospital por presentar una complicación asociada (hemorragia digestiva, encefalopatía, infecciones) a quienes se les realiza PD como parte de la evaluación realizada en el Servicio de Urgencias.
- 3) % de pacientes evaluados en Urgencias por ascitis que finalmente son diagnosticados de una PBE, beneficiándose, por tanto, de un diagnóstico precoz.
- 4) % de pacientes con ascitis grado 2 que tras conocer el resultado de la PD han evitado un ingreso hospitalario.
- 5) % de pacientes valorados por ascitis en el Servicio de Urgencias que sin requerir ingreso hospitalario han sido valorados por la Unidad de Aparato Digestivo mediante el circuito de asistencia rápida, activado para este fin.

##### DURACIÓN

Septiembre 2018 comentar con el personal de servicio de Urgencias y fecha fin septiembre 2019.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1320**

**1. TÍTULO**

**PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL PACIENTE CIRROTICO CON DESCOMPENSACION ASCITICA EN URGENCIAS**

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

### 1. TÍTULO

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENZO OLIVAN GUERRI  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ASPURU RUBIO KATTALIN  
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS  
RIVAS CALVETEOLGA  
LASIERRA BETRAN CARMEN  
DIESTE SAMITIER SONIA  
SUELVE FERRER MARIA TERESA  
ALASTRUEY VAL MARIA REYES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Reunión en junio de 2018 con los componentes del proyecto de calidad para realizar la encuesta y dividirla para pacientes que acuden por colonoscopia de cribado de cáncer de colon o convencional. Cálculo del tamaño muestral para obtener diferencias en estos dos grupos de pacientes.  
-Posteriormente reunión con jefa de suministros (Ana Carmen Jauregui) responsable del correo del hospital para decidir cómo llegarían las encuestas de nuestros pacientes una vez entregadas tras la colonoscopia. Se decide que el paciente acuda con la encuesta a su centro de atención primaria y desde ahí por correo interno enviarlas al servicio de Endoscopia.  
- Los componentes del proyecto de calidad, preparan múltiples sobres con la dirección de la unidad introduciendo la encuesta y diferenciando si se trata de una colonoscopia de cribado.  
- Desde aproximadamente Julio de 2018 hasta diciembre de 2018 reparto de las encuestas a los pacientes sometidos a una colonoscopia, entregando un total de 1016. Tarea realizada por enfermería y auxiliares de la unidad de endoscopias digestivas.  
- En enero de 2019 reunión con los componentes del proyecto de calidad, para introducir los datos de la encuesta en base de datos (Excel) y posteriormente análisis de datos mediante el programa estadístico spss 15.0.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se calculó el tamaño de la muestra siendo necesarios 383 pacientes; en los 5 meses de entrega se repartieron un total de 1016 encuestas, siendo respondidas un total de 506 (participación del 49.8%). El 82% (n=417) fueron de pacientes que se sometieron a una colonoscopia convencional frente a un 18% (n= 89) de pacientes del cribado de cáncer de colon. La participación fue similar en los dos grupos de pacientes.  
Los resultados globales fueron los siguientes:  
- Tiempo de espera para la cita: el 83% de los pacientes contestaron que el tiempo había sido excelente, bueno o muy bueno.  
- Tiempo de espera el día de la exploración: el 86,8% de los pacientes respondieron que había sido excelente, muy bueno o bueno.  
- La cortesía del médico: El 98 % de los pacientes contestaron que había sido excelente, muy bueno o bueno.  
- El 100 % de los pacientes respondieron que la cortesía de enfermería había sido excelente, muy buena o buena.  
- El 96,2% de los pacientes perciben las explicaciones recibidas como excelentes, muy buenas o buenas.  
- Solo un 3.4% de los pacientes contestaron que las molestias percibidas tras la colonoscopia fueron regulares o malas.  
- La puntuación global de la exploración se distribuyó de la siguiente manera: 10.9% buena, 58.3 % excelente y 30.8% muy bueno. Destaca que no hubo ninguna respuesta de puntuación regular o mala  
- El 100 % de los pacientes repetirían la exploración en el mismo centro y el 99% de los pacientes con el mismo médico  
Si realizamos tablas de contingencia según si el paciente pertenece al cribado CCR o si es colonoscopia convencional solo encontramos diferencias en el tiempo de espera para la cita. En pacientes sometidos a colonoscopia convencional hay un porcentaje mayor de pacientes que perciben el tiempo de espera malo o regular (3.6 % y 15.8% respectivamente ) comparado con el grupo de cribado (1.1% malo o 4.5% regular p= 0.009).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez que el paciente se le realiza una colonoscopia en nuestro servicio, el grado de satisfacción es alto sobre la espera en el día de la exploración, la cortesía del médico, la cortesía de la enfermera, en las explicaciones recibidas y molestias percibidas.  
Encontramos diferencias en el grado de satisfacción en la espera hasta la cita de la colonoscopia entre los dos grupos de pacientes, siendo menor el grado de satisfacción en los pacientes sometidos a colonoscopia convencional. Esto es debido a que el paciente de cribado es citado en un tiempo inferior a 1 mes por protocolo, y ese tiempo es superior en el grupo de pacientes sometidas a una colonoscopia vía convencional.  
Conviene mejorar este último aspecto y mejorar nuestras listas de espera de citas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338

### 1. TÍTULO

#### OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

##### 7. OBSERVACIONES.

El trabajo realizado desde la unidad de endoscopias del Hospital de San Jorge se percibe como excelente o muy bueno por parte del paciente sometido a una colonoscopia. El punto de mejora (y debilidad del servicio) es el tiempo de espera de realización de la endoscopia, por lo que desde Febrero de 2019 se decidió aumentar los días de endoscopias por las tardes.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1338 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1338

Título  
OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LA COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:  
OLIVAN GUERRI LORENZO, ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, RIVAS CALVETE OLGA, LASIERRA BETRAN CARMEN, DIESTE SAMITIER SONIA, SUELVES FERRER MARIA TERESA, ALASTRUEY VAL REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Cáncer de colon  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La percepción de satisfacción del paciente a quien se le realiza una endoscopia digestiva depende de varios factores donde intervienen diversos "actores" (citaciones, médicos, enfermeras, auxiliares y celadores). La Unidad de endoscopias (UED) funciona como Unidad de Acceso Abierto y realiza unas 2.500 colonoscopias anuales tanto convencionales como procedentes del programa de cribado de cáncer colorrectal (CCr) implantado por el Departamento de Sanidad de la DGA. Un eje fundamental en los programas de gestión de calidad es la satisfacción del paciente. Hasta el momento, no disponemos de datos acerca de la calidad sentida por el paciente en relación con los procedimientos llevados a cabo. Conocer el grado de satisfacción de los pacientes permitiría detectar puntos débiles y áreas susceptibles de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS  
Conocer el grado de satisfacción de los pacientes sometidos a colonoscopia ambulatoria en nuestro hospital y evaluar si existen diferencias en función de que se trate de exploraciones convencionales o pertenecientes al programa de cribado de CaCrr

MÉTODO  
Todo paciente sometido a colonoscopia ambulatoria recibirá en el momento del alta un Cuestionario de satisfacción validado (GHAA-9m) y adaptado a procedimientos endoscópicos, junto con un sobre franqueado para ser enviado a la UED (ver modelo anexo del GHAA-9m).

INDICADORES  
Parámetros que explora la encuesta validada:  
Tiempo de espera hasta la realización de la prueba.  
Espera el día de la exploración  
Cortesía del médico  
Explicaciones recibidas  
Molestias percibidas durante la exploración.  
Puntuación global de la exploración.  
¿Repetiría la exploración en el mismo centro?  
¿Repetiría la exploración con el mismo médico?

DURACIÓN  
Distribución de los cuestionarios a partir del mes de junio-18.  
Inclusión de los resultados en la base de datos desde julio-18 hasta septiembre-18.  
Análisis estadístico entre los meses de octubre y diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1338**

**1. TÍTULO**

**OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA CITACION Y REALIZACION DE LACOLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BLANCA BELLOC BARBASTRO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LAMBAN AISA ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión en septiembre 2018 con el equipo del proyecto de calidad (Ana Lambán) para diseñar un cuestionario previo a la realización de manometría esofágica y pH-impedanciometría y planear la recogida de datos de las pruebas solicitadas.

En octubre 2018 se inicia la cumplimentación de los cuestionarios previamente a las pruebas y la recogida de datos de las pruebas solicitadas.

Hemos redactado un modelo de carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia. Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría.

- % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.

La indicación de las solicitudes fue adecuada en todos los casos, excepto en una solicitud que se rechazó tras identificar, al revisar la historia del paciente, patología grave que contraindicaba la prueba.

o 97'77% peticiones adecuadas  
o 2,22% peticiones inadecuadas

- % de pacientes con solicitud de manometría esofágica y ph-impedanciometría sin gastroscopia previa a su realización.

De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de los que se había solicitado ph-impedanciometría. En este caso se envió una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración. En todos estos casos se realizó la manometría tras obtener el resultado de la gastroscopia.

o 13'33% de las peticiones sin gastroscopia previa a la exploración  
o 86'67% de las peticiones con gastroscopia previa a la exploración

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diseño de un cuestionario dirigido a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de una manometría esofágica, pH-metría e impedanciometría, ha permitido obtener información que ayuda a estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados.

Desde octubre 2018 hasta febrero 2019 se han recibido, en total, 45 peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría. La indicación de las solicitudes fue adecuada en la mayoría de los casos (97'77%).

De las 45 peticiones realizadas, 3 manometrías y 3 ph- impedanciometrías (13'33% del total) se habían solicitado sin haber realizado previamente una gastroscopia. Esta prueba estaba pendiente en todos los casos, excepto en uno de ellos. Tras el envío de una carta dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar realizar una gastroscopia previamente a la exploración obtuvimos una buena respuesta y se realizó posteriormente la exploración solicitada.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1344 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1344

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Título  
DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA

Autores:  
BELLOC BARBASTRO BLANCA, LAMBAN AISA ANA, ESCOBAR BELLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La manometría esofágica de alta resolución (MAR) ha supuesto un avance en el diagnóstico de los trastornos motores esofágicos. Por su parte, la pHmetría de 24 horas asociada o no a impedanciometría es la prueba más precisa y sensible para identificar reflujo gastroesofágico patológico, discernir los distintos tipos de reflujo y su correlación con los síntomas. Estas pruebas se realizan en el Laboratorio de Motilidad y Trastornos Funcionales Digestivos del Hospital Sagrado Corazón de Jesús que recibe peticiones procedentes de toda la provincia. Actualmente el paciente que va a ser sometido a estas pruebas recibe información telefónica acerca de la preparación previa a su realización. Sin embargo, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en la Primera Reunión Nacional de Consenso en Manometría de Alta Resolución del Grupo Español de Motilidad Digestiva, la cumplimentación de cuestionarios dirigidos a la valoración de síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la realización de estas exploraciones, permiten la obtención de una información estructurada de gran valor para estimar la idoneidad y pertinencia de la prueba solicitada, así como para el análisis e interpretación de sus resultados. Actualmente no existe un protocolo consensuado que permita recoger esta información de una manera homogénea y sistematizada.

RESULTADOS ESPERADOS  
1. Diseñar un cuestionario estructurado que permita recabar toda la información necesaria para determinar la pertinencia e idoneidad de la prueba solicitada y conocer el número de peticiones inapropiadas.  
2. Optimizar la recogida de la información concerniente a los síntomas, procedimientos diagnósticos y tratamientos recibidos antes de la llevar a cabo la exploración con el propósito de facilitar el análisis e interpretación de los registros obtenidos.

MÉTODO  
1. Revisión sistemática de la literatura, así como de las recomendaciones emitidas por Asociaciones Científicas de ámbito estatal e internacional relacionadas con la motilidad digestiva (visibles en [www.spadiv.net](http://www.spadiv.net)) para identificar los ítems más adecuados para estructurar un cuestionario sencillo, eficiente y comprensible para los pacientes que permite cumplir con las expectativas y objetivos planteados.  
2. El cuestionario será estructurado en orden a tres dominios o dimensiones relativos a  
? - Síntomas que justifican la solicitud;  
? - Procedimientos diagnósticos llevados a cabo (incluyendo la gastroscopia y análisis histológico de la mucosa esofágica para el despistaje de esofagitis eosinofílica) antes de realizar la manometría  
? - Tratamientos recibidos antes de la prueba solicitada.  
3. Redacción de un modelo de carta educada y dirigida al médico peticionario argumentando la necesidad de completar la información necesaria para optimizar la indicación de la prueba solicitada y/o la necesidad de llevar a cabo alguna exploración previa a su realización (p. ej. gastroscopia y biopsia del esófago), antes de realizar MAR.

INDICADORES  
Mensualmente se realizarán las siguientes valoraciones:  
1. Número total de peticiones de manometrías, pHmetría-24h e impedanciometría, así como su procedencia.  
2. % de peticiones con indicación adecuada e inadecuada tras la información obtenida a través del cuestionario estructurado.  
3. % de peticiones que tras el feedback con el médico solicitante fueron finalmente reconsideradas o desestimadas.  
4. % de pacientes con solicitud de manometría esofágica sin gastroscopia y biopsia esofágica previas a su realización.



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1344**

**1. TÍTULO**

**DISEÑO DE UN CUESTIONARIO ESTRUCTURADO PREVIO A LA REALIZACION DE MANOMETRIA ESOFAGICA, PH-METRIA E IMPEDANCIOMETRIA PARA MEJORAR LA IDONEIDAD, PERTINENCIA E INTERPRETACION DE LA PRUEBA SOLICITADA**

DURACIÓN

Inicio en junio 2018 durante un año, hasta Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BER NIETO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
EIZMENDI BINDER ANA  
LUE ALBERTO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? En Junio de 2018 reunión con el equipo del proyecto de calidad para elaborar las preguntas de la encuesta ; se realiza un apartado sobre datos demográficos del médico de atención primaria, otro apartado respecto a tiempo, otro relativo a infraestructura y sobre la comunicación entre Primaria-Especializada. Finalmente una evaluación sobre la satisfacción global.

? A finales de Junio de 2018 nos ponemos en contacto con Amadeo Elduque (subdirector médico de atención primaria) para revisar encuesta elaborada por el equipo, y sugiere cambios en varias preguntas.

? Nueva reunión del equipo de calidad en septiembre de 2018 para modificar la encuesta.

? Nos comunicamos a través del mail con el subdirector médico de atención primaria para que envíe a los médicos de atención primaria, el enlace para realizar la encuesta de manera anónima vía online. Se envía dos mails recordatorios para que rellenen la encuesta (total médicos de atención primaria = 165)

? En Enero de 2019 obtenemos los datos de la encuesta y analizamos resultados  
Se ha modificado el calendario inicial, tras volver a elaborar una nueva encuesta con las modificaciones por parte del subdirector de atención primaria, y evitamos enviar el mail en meses de vacaciones para evitar una baja participación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se evidencia una participación baja (n=42, participación del 20%). 69% mujeres, el 44% pertenecen a centros de atención primaria de Huesca capital.

#### Dimensión tiempo

? El 78% creen que el nuevo sistema de interconsultas disminuye la demora en el tiempo de cita, un 16% creen que la demora es igual que previamente

? El 53% de los médicos de atención primaria no tiene un tiempo asignado en su actividad diaria para leer la respuesta a la interconsulta y ponerse en contacto con el paciente

#### Dimensión infraestructura

? El 91% no refiere tener problemas técnicos para realizar la interconsulta

? El 72% tienen el sistema operativo actualizado en el ordenador de la consulta

? El 84% refieren que no tiene limitación de caracteres para realizar la interconsulta.

#### Dimensión comunicación Primaria-Especializada

? El 72% creen que este nuevo sistema de citas favorece la comunicación

? Al 75% les resulta útil las indicaciones del manejo/tratamiento del paciente si finalmente el paciente no llega a ser visto en las consultas de especializada

? El 69% les resultaría útil añadir en las respuestas de la interconsulta un enlace a guías/protocolos de práctica clínica

? La mayoría de médicos de atención primaria (78%) desconocen que existe un mail específico del Servicio de Digestivo para ponerse en contacto desde primaria. Solo el 40% de los que conocen la existencia de la dirección de mail, lo utilizan

#### Satisfacción Global

? En una escala del 1 al 5 (1= nada satisfecho y 5 = muy satisfecho); en 62'5% puntuaron 4 sobre 5, y 15'6% 5 sobre 5.

Se dejó un apartado de comentarios y destacan varios puntos

1- se percibe una sobrecarga con este nuevo sistema

2- no hay alerta en el sistema del programa utilizado por médicos de primaria (OMI) para saber que se ha contestado la interconsulta

3- no se puede intercambiar información de forma ágil con OMI

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque la satisfacción global del nuevo sistema es bueno o muy bueno, hay puntos de mejora en la comunicación entre Primaria-Especializada.

#### 7. OBSERVACIONES.

Creemos que debemos insistir en la comunicación sea más ágil por lo que tenemos que potenciar el uso del mail. Estamos abiertos a cualquier sugerencia por parte de Atención Primaria para mejorar

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1355

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

\*\*\*\*\* \*\*\*

Nº de registro: 1355

Título  
ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

Autores:  
BER NIETO YOLANDA, BELLOC BARBASTRO BLANCA, EIZMENDI BINDER ANA, CAMO MONTERDE PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
La puesta en marcha de la interconsulta virtual en la Sección de Gastroenterología y Hepatología del hospital san Jorge (SGH-HSJ) ha permitido reducir la demora de 1ªs visitas solicitadas desde Atención Primaria a < 15 días. El sistema se basa en los siguientes principios: (1) Se elimina la posibilidad de cita directa desde atención primaria y Urgencias; (2) Se realiza una evaluación semanal de todas las solicitudes, tomando como base la información contenida en el volante de derivación y la disponible en las bases de datos del hospital (intranet-historia clínica electrónica). (3) De acuerdo con esta información se establecen dos vías de atención: a) Visita presencial (preferente [< 15 días] o normal [< 30 días]; b) Resolución de la solicitud sin necesidad de visita presencial. En este caso, el médico de cabecera recibe un informe personalizado con recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible (Guías de práctica clínica, Documentos de Consenso), que garantizarán una calidad asistencial óptima, sin necesidad de desplazar al paciente. (4) Cuenta de correo electrónico a disposición del médico de cabecera para cualquier aclaración.

Cumplidos 2 años desde la implantación del nuevo sistema, interesa conocer el grado de satisfacción de los médicos de atención primaria, identificar puntos de mejora y optimizar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Ponderar la opinión y grado de satisfacción de los médicos de atención primaria de nuestro sector acerca de las bondades y debilidades del nuevo sistema de citaciones.
2. Identificar áreas de mejora que permitan corregir debilidades del sistema, a la vez que mejorar la comunicación entre ambos niveles asistenciales.
3. Implementar cualquier propuesta o iniciativa promovida desde los propios Centros de salud, con el objetivo de corregir cualquier desviación en los estándares de calidad y seguridad que ofrecemos a nuestros pacientes.

#### MÉTODO

1. Diseño de un cuestionario de satisfacción estructurado en varios dominios o dimensiones que permitan evaluar la satisfacción global del médico de cabecera en relación al nuevo sistema y clasificarlo en ("excelente" "óptimo" "manifiestamente mejorable"), a la vez que recoger las propuestas de mejora promovidas desde el propio centro de salud.
2. Reunión formal con los colaboradores del proyecto para participar de forma activa en el diseño del cuestionario.
3. Distribución del cuestionario en formato electrónico y de forma anónima desde la propia Dirección de atención primaria.
4. Análisis estadístico de la información obtenida y registrada en la base de datos electrónica.

#### INDICADORES

1. Ponderación de la satisfacción global del sistema en una escala numérica de 1----10.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1355

### 1. TÍTULO

#### ANALISIS DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS INTERCONSULTAS VIRTUALES DE LA SECCION DE GASTROENTEROLOGIA Y HEPATOLOGIA DEL HSJ DE HUESCA

2. % de médicos de atención primaria que califican al sistema como "excelente" "óptimo" "manifiestamente mejorable", tanto de una manera global, como singularizada en cada uno de las dimensiones y parámetros encuestados.

3. nº de propuestas de mejora que pueden ser implementadas en el sistema tras su análisis y aprobación por el grupo de mejora.

#### DURACIÓN

- Junio 2018 elaboración del cuestionario
- Julio 2018 envío del cuestionario a los médicos de atención primaria del sector de Huesca
- Julio-septiembre 2018: recepción, tabulación y análisis estadístico de la información obtenida.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... KATTALIN ASPURU RUBIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS  
LACALLE AICUA LAURA  
LASIERRA BETRAN CARMEN  
BELLOC BARBASTRO BLANCA  
CARRERA LAPIEDRA NOELIA  
ESCOBAR BELLO MARIA  
DIESTE SAMITIER SONIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reunión de los componentes del equipo de mejora de los servicios de digestivo (Dra. Aspuru y Dr. Santolaria) y de hematología (Dra. Lacalle) en junio: estudiamos y valoramos las guías clínicas más actualizadas sobre manejo de la antiagregación y anticoagulación previa a la colonoscopia y decidimos basar nuestro documento en las últimas guías de las sociedades americana y europea de endoscopia y en el documento español de consenso para manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico:

- D. Vivas et al. Manejo perioperatorio y periprocedimiento del tratamiento antitrombótico: documento de consenso de SEC, SEDAR, SEACV, SECTCV, AEC, SECPRE, SEPD, SEGO, SEHH, SETH, SEMERGEN, SEMFYC, SEMG, SEMICYUC, SEMI, SEMES, SEPAR, SENEC, SEO, SEPA, SERVEI, SECOT y AEU. Rev Esp Cardiol. 2018;71(7):553-564
  - Veitch AM, Vanbiervliet G, Gershlick AH, Boustiere C, Baglin TP, Smith LA, Radaelli F, Knight E, Gralnek IM, Hassan C, Dumonceau JM. Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy, including direct oral anticoagulants: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guidelines. Endoscopy. 2016 Apr;48(4):385-402.
  - Acosta RD, Abraham NS, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Early DS, Eloubeidi MA, Evans JA, Faulx AL, Fisher DA, Fonkalsrud L, Hwang JH, Khashab MA, Lightdale JR, Muthusamy VR, Pasha SF, Saltzman JR, Shaikat A, Shergill AK, Wang A, Cash BD, ar DeWitt JM. The management of antithrombotic agents for patients undergoing GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2016 Jan;83(1):3-1
- 2.- Redacción del primer borrador del documento en julio y agosto: en el servicio de digestivo nos encargamos de estudiar las guías clínicas, seleccionar los contenidos y redactar un primer documento con las ideas principales
- 3.- Redacción del texto definitivo en septiembre, octubre y noviembre: las Dras. Aspuru y Lacalle nos reunimos en varias ocasiones para concretar el contenido del documento y que este resultase sencillo, claro y conciso. Un aspecto esencial ha sido redactarlo y maquetarlo para conseguir un texto práctico y visual, incluyendo cuadros y tablas.
- 4.- Reunión con Amadeo Elduque (Subdirector Médico de Atención Primaria) en diciembre para la elaboración de la estrategia para darle la máxima difusión al documento: se decide que se enviará por mail el documento de manejo de anticoagulación/antiagregación en pacientes de cribado de CCR a todos los médicos de atención primaria del sector. En los próximos meses se ampliará la edad de inicio del cribado de CCR a 50 años y aprovecharemos la comunicación del cronograma por centros de salud para adjuntar el documento.
- 5.- Valoración del documento por dirección en enero: se envía el documento a Dirección del Hospital y a Dirección de Gestión que consideran adecuada su difusión y aprueban que se cuelgue en la intranet del sector.
- 6.- Reunión con el servicio de informática en febrero para colgar el documento en la intranet del sector: se decide ubicar el documento junto con los consentimientos informados para la endoscopia y los volantes preredactados de petición de colonoscopia y gastroscopia. El documento ha quedado accesible para los médicos de atención primaria y todos los médicos de otras especialidades que deseen consultarlo ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a otros pacientes fuera del programa de prevención de cáncer colorrectal

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos redactado un documento actualizado para el manejo de la antiagregación y anticoagulación para la colonoscopia de cribado que contempla los nuevos anticoagulantes orales de acción directa y los antiagregantes más recientes. Este manual incluye tablas para estratificación del riesgo trombótico y una tabla con un cronograma de ejemplo para suspender el Sintrom o aldocumar y realizar la terapia puente con heparina. Los nombres de los antiagregantes y anticoagulantes se acompañan de los nombres comerciales del fármaco para agilizar el proceso de consulta y evitar confusiones. En términos generales se trata de un texto conciso y redactado de forma esquemática con el objetivo de que sea muy visual y que el médico de atención primaria no pierda mucho tiempo en decidir la pauta a seguir.

La difusión del documento todavía no ha sido la deseada ya que como he explicado anteriormente se enviará por mail a medida que se vaya iniciando el cribado en la población de 50 a 59 años, el cronograma de implantación del cribado es escalonado para no saturar la unidad de endoscopias por lo tanto tardaremos unos meses en poder valorar el impacto de nuestro proyecto de calidad y calcular los indicadores seleccionados. La fuente de obtención de los datos serán la historia clínica electrónica para conocer el tratamiento crónico de los

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

### 1. TÍTULO

#### **PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL**

pacientes y las complicaciones asociadas al procedimiento y los propios pacientes que nos informarán sobre si se les ha ajustado el tratamiento antiagregante o anticoagulante.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado de cáncer colorrectal se considera la procedimiento más coste-efectivo y coste-eficaz de los programas de prevención de cáncer, pero conlleva un incremento significativo de la actividad de una unidad de endoscopias. Además de la adecuación de las colonoscopias de los pacientes sintomáticos o de alto riesgo es imprescindible optimizar la agenda de las exploraciones del programa de cribado. Por este motivo consideramos imprescindible evitar repetir exploraciones innecesariamente. La implantación de esta estrategia de manejo del paciente antiagregado/anticoagulado ha permitido minimizar las repeticiones de colonoscopias con el riesgo, el perjuicio y la incomodidad que conllevan para el paciente. Esperamos que a medida que se vaya ampliando la difusión del documento consigamos observar una reducción en la lista de espera optimizando así el funcionamiento de nuestra unidad

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1399 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1399

Título  
PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL

Autores:  
ASPURU RUBIO KATALIN, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS, LACALLE AICUA LAURA, LASIERRA BETRAN CARMEN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, ESCOBAR BELLO MARIA, DIESTE SAMITIER SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Cáncer de colon  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El cáncer colorrectal (CCR) es actualmente el cáncer más frecuente si tomamos como referencia ambos sexos. Su detección precoz es clave en el pronóstico de la enfermedad y, hoy en día, es posible gracias a los programas de cribado (PrCr). En Aragón el programa de cribado consiste en la detección de sangre oculta en heces mediante un test inmunoquímico bienal y colonoscopia a los resultados positivos.

Se estima que entre el 40 y el 60% de los pacientes a quienes se les realiza una Ccr tendrán adenomas subsidiarios de resección endoscópica o polipectomía. La polipectomía se considera una técnica con riesgo implícito de hemorragia digestiva. En este punto, las guías clínicas actuales recomiendan ajustar el tratamiento antiagregante y anticoagulante días antes de la prueba para minimizar el riesgo. Por otro lado, existe una elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio lo que implica que una proporción significativa de pacientes subsidiarios de colonoscopia se hallarán en tratamiento anticoagulante o antiagregante.

Desde la implantación del PrCr en nuestra área de salud es notable el número de colonoscopias que deben repetirse al no haberse suspendido la toma de antiagregantes o anticoagulantes. Este fenómeno resta eficiencia al programa, genera un nuevo riesgo (e incomodidad) al paciente, grava los costes y repercute directamente en la productividad laboral al generar absentismo y presentismo en el paciente. En el otro extremo, algunos pacientes suspenden por iniciativa propia la anticoagulación añadiendo riesgo de eventos cardiovasculares.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Optimizar el manejo de los pacientes antiagregados y anticoagulados a quienes se les realiza una Ccr, tras

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1399

### 1. TÍTULO

#### **PROTOCOLO MANEJO PACIENTE PARA COLONOSCOPIA DE CRIBADO DE CA COLORRECTAL CON ANTICOAGULANTES/ANTIAGREGANTES: IMPACTO SOBRE TIEMPOS DE DEMORA, MORBILIDAD PERI O POST-PROCEDIMIENTO Y ABSENTISMO LABORAL**

- balancear la seguridad cardiovascular y el riesgo de hemorragia digestiva.
- 2. Reducir el número de complicaciones hemorrágicas y cardiovasculares asociadas al procedimiento.
- 3. Disminuir la tasa de colonoscopias evitables y acortar los tiempos de demora.
- 4. Facilitar y simplificar la labor del médico de atención primaria.

#### MÉTODO

Diseñar un protocolo asistencial basado en la información proporcionada por las Guías y Consensos promovidos desde diferentes ámbitos -Endoscopia, Cadiología- donde se explique de una forma eficiente, clara y concisa la pauta a seguir en el paciente subsidiario de colonoscopia de cribado y que recibe anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios.

El protocolo será valorado y consensuado con el Servicio de Hematología.

Establecer una estrategia de comunicación que garantice una amplia difusión del protocolo en los centros de salud de nuestra área sanitaria.

El Documento quedará accesible en la intranet del sector para todos los médicos de atención primaria y los demás interesados, ya que se trata de una guía de consulta útil aplicable a muchos otros pacientes fuera del programa de cribado de CCR.

#### INDICADORES

Indicadores:

- % de pacientes a los que se les realiza una colonoscopia pertenecientes al programa de cribado de CCR que reciben tratamiento anticoagulante o antiagregante.
- % de pacientes candidatos a Ccr a quienes se les realiza la colonoscopia una vez que se ha ajustado el tratamiento antiticoagulante o antiagregante, de acuerdo con los procedimientos y directrices establecidos en el protocolo.
- % de colonoscopias que es necesario duplicar por no haber ajustado el tratamiento.
- Tasa de complicaciones asociadas al procedimiento tras la aplicación de las directrices expuestas en el protocolo asistencial (incluye aquellas asociadas a la endoscopia propiamente dicha y las complicaciones cardiovasculares)
- nº de horas de absentismo laboral relacionado con el procedimiento.

La obtención de los datos será obtenida a través de una entrevista clínica realizada al paciente con la debida antelación antes de la colonoscopia. El resultado óptimo sería que ningún paciente precisase repetir la colonoscopia por no haber ajustado previamente el tratamiento.

#### DURACIÓN

- Elaboración del protocolo de manejo del paciente que va a ser sometido a CCR hallándose en tratamiento anticoagulante o antiagregante en junio-2018.
- Valoración y aprobación del documento por el Servicio de Hematología: julio de 2018.
- Difusión del Documento a través de la Dirección de Atención primaria, así como de la intranet del hospital en el 4º trimestre de 2018.
- Tabulación, análisis e interpretación de los resultados preliminares: 1º trimestre de 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1492

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA CAMO MONTERDE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL  
SUELVES FERRER MARIA TERESA  
CUARTERO CUENCA BERTA  
GIMENO GARCIA BEATRIZ  
VELILLA ALONSO TERESA  
PALANCA GARCIA EUGENIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión entre los componentes del proyecto para perfilar el organigrama  
Inicio del checklist adecuado al servicio de urgencias.  
Se ha informado parcialmente a los pacientes del proyecto que queremos iniciar para mayor confianza

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mejoría de la atención inicial al paciente con enfermedad inflamatoria intestinal que acude por un brote agudo de su enfermedad.  
Adecuación de la anamnesis y exploración inicial por parte de los facultativos de urgencia  
Organización y adecuación de la solicitud de pruebas complementarias desde el servicio de urgencias.  
Optimización del inicio y mantenimiento del tratamiento del brote agudo.  
Mejora de la vía de acceso a la unidad de Enfermedad Inflamatoria del hospital.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto tiene buena aceptación por parte de los profesionales y es una forma de facilitar una vía rápida para el manejo de este tipo de pacientes, si bien es preciso más tiempo y experiencia para poder adecuarlo a las necesidades del servicio.  
La orientación es adecuada pero es necesario perfilarlo mejor y optimizar algunos aspectos del checklist y valoración del paciente.

#### 7. OBSERVACIONES.

Es necesario más tiempo para realizar una correcta labor del proyecto puesto que se está empezando a implantar el checklist por lo que de momento se trata de una memoria de seguimiento y es necesario más tiempo para una correcta adecuación y correcta valoración de los indicadores, de cara al segundo semestre de 2019

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1492 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1492

Título  
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:  
CAMO MONTERDE PATRICIA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, SUELVES FERRER MARIA TERESA, CUARTERO CUENCA BERTA, GIMENO GARCIA BEATRIZ, VELILLA ALONSO TERESA, PALANCA GARCIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica ..: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1492

### 1. TÍTULO

#### DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), donde se incluye la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU) es una patología de curso crónico, en cuya etiopatogenia influyen factores ambientales, genéticos e inmunológicos, con una incidencia anual que está en aumento siendo actualmente en Europa de 5,5-6,5 casos por cada 100.000 habitantes. Estos pacientes pueden presentar una evolución compleja debido al curso natural de la enfermedad que suele cursar con episodios de reactivación de la actividad, o presentar efectos secundarios debidos a los fármacos utilizados, obligando al paciente a tener que acudir al servicio de urgencias. Una adecuada acción en el servicio de urgencias puede ser determinante en estos pacientes, desarrollando unas pautas generales de actuación, estableciendo un contacto con la unidad o la consulta especializada de EII. Estos pacientes pueden presentar complicaciones propias de la enfermedad (brote agudo de actividad, oclusión intestinal, hemorragia digestiva) que requerirán tratamiento específico y dirigido.

Es por esto, que es necesario una pauta de actuaciones en el servicio de urgencias para una correcta valoración de síntomas alarmantes o signos que sugieran gravedad en el cuadro clínico, así como saber diferenciar el brote de la EII, de un proceso diferente, aunque concomitante al curso de la enfermedad, y no someter así al paciente a riesgos innecesarios, como tratamiento antibiótico, antiinflamatorio o corticoesteroides si no es necesario.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Desarrollar un protocolo asistencial de atención al paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el servicio de Urgencias en el Hospital San Jorge.

Con este protocolo se pretende mejorar la atención al paciente en el servicio de urgencias indicando la correcta valoración del paciente, optimizar el tratamiento de forma adecuada, haciendo un uso racional de los recursos y fármacos para disminuir las complicaciones y posibles efectos adversos teniendo en cuenta una serie de variables y pasos a seguir.

Estos serían:

- Realización una correcta valoración inicial del paciente con antecedentes y datos clínicos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (tipo, curso, complicaciones previas) y tratamiento farmacológico actual y previo.
- Realización de pruebas complementarias necesarias iniciales para determinar actividad de la enfermedad, y diagnóstico diferencial con posibles patologías que pueda presentar el paciente de forma concomitante.
- Determinar en función de los resultados tratamiento a seguir, con optimización de dosis de forma individualizada.
- Contacto con la unidad para crear un acceso rápido en caso de seguimiento ambulatorio del paciente

#### MÉTODO

-Creación de un Checklist para realizar en el servicio de urgencias, donde se identifiquen los aspectos clínicos, signos y síntomas, más importantes en la anamnesis del paciente, junto con datos del curso de la enfermedad y tratamientos concomitantes.

-Protocolizar petición de pruebas complementarias iniciales: analítica sanguínea completa (con PCR y VSG si está disponible), radiografía simple de tórax y abdomen y coprocultivos; definir en qué situaciones estaría indicado solicitar otras pruebas de imagen (ecografía y TAC abdominal).

-Elección de índices de evaluación de actividad clínica.

-Acceso de manera rápida y eficaz con la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el hospital para una adecuada valoración interdisciplinar

#### INDICADORES

- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han sido atendidos en urgencias
- % de pacientes atendidos en el servicio de urgencias por un brote agudo de su enfermedad inflamatoria intestinal
- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias por un motivo diferente a un brote agudo de su enfermedad
- % de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el servicio de urgencias que requieren ingreso hospitalario

#### DURACIÓN

?Primer semestre 2018: Reuniones entre los miembros de la unidad (staff médico y de enfermería) para la elección de marcadores de seguimiento, índices de evaluación clínica, protocolizar pruebas complementarias para solicitar en urgencias y vía de derivación a consulta monográfica de enfermedad inflamatoria intestinal.

?Segundo semestre 2018: Creación del Checklist e inicio de su utilización y del resto del protocolo.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0688

### 1. TÍTULO

#### ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA GIRAL OLIVAN  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIRECCION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL  
MONTOIRO ALLUE RAQUEL  
PABLO JULVEZ SILVIA  
MONTERO ALONSO GEMMA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha reestructurado el apartado referente a las comisiones clínicas en la Intranet del Sector. Facilitando información de interés, modelo de solicitud de incorporación, relación de comisiones y resumen anual.

Cada comisión dispone de un espacio propio en el que aparece reflejado su reglamento, los miembros que la integran o han formado parte de ella en alguna ocasión, las actas, un resumen anual así como las solicitudes de nueva incorporación (lista de espera). Se ha recopilado esta información de todas las comisiones, actualizado y organizado atendiendo a la estructura anteriormente descrita.

El calendario marcado se ha cumplido, en abril ya existía esta estructura en la intranet aunque no tuviera contenido o este no estuviera actualizado. En mayo se envió un correo a los presidentes y secretarios de las distintas comisiones informándoles del nuevo apartado de la intranet, solicitándoles la información necesaria, comunicándoles así mismo la importancia de mantener actualizada la información ahí expuesta en aras de la transparencia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha puesto a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza.

Se ha facilitado la petición de ingreso en las mismas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones. Además, pueden consultar el número de miembros de cada comisión, si su unidad clínica está ya integrada en la Comisión y el número de personas que han solicitado la pertenencia a la misma.

Se ha agilizado el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas al tener recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Disponer de un circuito definido con estructura delimitada y accesible para todo el personal facilita la gestión de las Comisiones y mejora el conocimiento de las mismas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/688 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0688

Título  
ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Autores:  
GIRAL OLIVAN ROSA, BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, MONTOIRO ALLUE RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Varias  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0688

### 1. TÍTULO

#### ACCESO A LA INFORMACION Y ACREDITACION DE LAS COMISIONES CLINICAS DEL SECTOR HUESCA

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En el Sector de Huesca hay constituidas distintas Comisiones como órganos de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para asesorar a la respectiva Dirección y en la que participan los profesionales que desarrollan su actividad en los centros asistenciales adscritos al Sector Sanitario de Huesca del Servicio Aragonés de Salud. Se componen de un Presidente, un Secretario y un número definido de vocales, pudiendo participar Residentes en formación. Actualmente no hay disponible información actualizada y completa, accesible para los trabajadores del Sector de Huesca sobre las Comisiones constituidas, los miembros que pertenecen a cada una de ellas ni la actividad que se realiza en su seno. Como consecuencia los profesionales no saben qué comisiones existen para poder solicitar su ingreso ni cuál es el procedimiento a seguir, por lo que Secretaría de Dirección tiene que atender a estas consultas de forma periódica.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende poner a disposición de todos los profesionales del Sector Sanitario la información relativa las Comisiones que les permita conocer qué comisiones hay, cuál es su contenido, quiénes son sus miembros y qué actividad realiza. También se pretende facilitar la petición de ingreso en las mismas estableciendo unos criterios homogéneos, un modelo estándar y publicando la lista de espera para formar parte de cada una de las comisiones, descargando a Secretaría de Dirección de tener que atender estas consultas. Adicionalmente, se pretende agilizar el proceso de acreditación de pertenencia a las mismas teniendo recopilada toda la información necesaria para poder consultarla al momento y poder emitir la correspondiente certificación.

#### MÉTODO

Las acciones previstas son recopilar y organizar la información de las distintas comisiones. La información que se facilite estará estructurada de forma que se muestre un breve documento introductorio, así como un listado con las Comisiones indicando:

- Nombre comisión
- Núm. actual miembros
- Presidente (mail)
- Secretario (mail)

Cada Comisión tendrá su propio espacio en el que, como mínimo, deberá aparecer:

- Reglamento
- Actas de comisiones
- Resumen anual de actividad
- Relación miembros ( inicio, fin, cargo)
- Lista de solicitudes (persona, servicio, fecha solicitud)

Se contactará vía email con los presidentes y secretarios de todas las comisiones para informales y solicitarles su colaboración.

#### INDICADORES

% de comisiones que tienen en la nueva estructura los contenidos mínimos establecidos. (100% - 70%)

#### DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Relación actualizada de comisiones y del documento introductorio.
- mayo -> Correo electrónico a los presidentes/secretarios informándoles de los cambios y de la información que deben facilitar.
- junio-agosto -> Recopilación y organización de toda la información recibida.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 20/12/2018

2. RESPONSABLE ..... ALFREDO BONDIA GIMENO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. DIRECCION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BERMEJO ESCOBAR AMALIO  
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR  
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN  
ALLUE FANTOVA NATALIA  
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN  
ESCOLANO PUEYO ANGEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Monitorización del consumo de biosimilares (BS) respecto a los biológicos habitualmente utilizados en el entorno hospitalario.  
Incluyendo un apartado particular de enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal.  
Desarrollo de actividades formativas del uso de este tipo de fármacos para todos los estamentos del hospital.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de consumo de BS/total de consumo de biológicos:  
Valor objetivo: 2,5%  
Valor obtenido: 9% (consumo de fármacos de Datos de farmacia)  
Rango resultados: 10 puntos

Nº de pacientes tratados con BS respecto al total de pacientes tratados con biológicos:

Valor objetivo: 10%  
Valor obtenido: 37% (de 422 pacientes tratados con biológicos que tienen BS, 156 han sido tratados con BS)  
(consumo de fármacos de Datos de farmacia)  
Rango resultados: 10 puntos

Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2018/

Porcentaje de variación de pacientes tratados con BS en 2017

Valor objetivo: 50%  
Valor obtenido: 40,5%  
Rango resultados: 1 punto

Nº de pacientes nuevos con EII en tto con BS/nº de pacientes nuevos totales con EII

Valor objetivo: 90%  
Valor obtenido: 85,7%  
Rango resultados: 7,5 puntos

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sería conveniente hacer expansivo este Proyecto a otros sectores del hospital para mejorar el uso racional del medicamento, siempre y cuando no existan trabas burocráticas que lo impidan.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1401

Título  
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:  
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE BIOSIMILARES

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

#### SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (influximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

#### MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

#### INDICADORES

INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018

% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos 2,5%

% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. 10%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE BIOSIMILARES

|   |     |
|---|-----|
| % de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17  | 50% |
| % de variación de consumo de biosimilares 18/17   | 50% |
| Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.                                   | 20% |
| Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII | 90% |
| Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital  | Si  |

#### DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

#### OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

### 1. TÍTULO

#### USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANGEL ESCOLANO PUEYO  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN  
ARROYOS BELLOC FRANCISCA  
CAJA BUETAS ROSA  
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Estandarización y compra de las soluciones diluidas de KCl comercializadas.
- Establecimiento del procedimiento de actuación ante las prescripciones que no se adaptan a las dosificaciones comercializadas.
- Definición de las unidades asistenciales que precisan las soluciones concentradas de KCl estableciendo el stock necesario y definiendo las condiciones de almacenamiento, dispensación, preparación y administración. Dispensación desde farmacia exclusivamente de soluciones concentradas de KCl a las unidades predefinidas.
- Retirada de las soluciones concentradas de KCl del resto de unidades que dispondrán de las soluciones prediluidas.
- Distribución de información escrita en forma de dípticos informativos.
- Impartición de sesiones al personal de enfermería.
- Elaboración de un manual de prescripción del sistema PEA destinada al personal facultativo.
- Elaboración de un protocolo escrito y validado por la comisión de seguridad y de calidad de la utilización de potasio intravenoso.
- El calendario marcado se ha cumplido según lo especificado en la memoria inicial.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración y distribución de dípticos informativos: Sí
- Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del KCl intravenoso al personal de enfermería: Sí
- Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del KCl intravenoso al personal facultativo: Sí
- Elaboración y distribución de un manual de prescripción del sistema PEA destinada al personal facultativo: Sí
- Elaboración de un protocolo escrito y validado por la comisión de seguridad y de calidad de la utilización de potasio intravenoso.
- Tasa de sustitución de prescripciones de KCl concentrado a KCl diluido >85%: 95,6%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción del KCl diluido ha sido satisfactoria. Ha resultado primordial haber llevado a cabo sesiones informativas previas y el reparto de dípticos, así como las reuniones anteriores con los servicios médicos y las supervisoras de cada área para informar de la puesta en marcha del proyecto y solicitar recomendaciones.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/559 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0559

Título  
USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Autores:  
ESCOLANO PUEYO ANGEL, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ARROYOS BELLOC FRANCISCA, CAJA BUETAS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559

### 1. TÍTULO

#### USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE

Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La administración incorrecta de soluciones concentradas de cloruro potásico (KCl) por vía intravenosa constituye uno de los problemas más reconocidos y tratados en el campo de la seguridad del paciente. En múltiples ocasiones han ocurrido errores de consecuencias mortales debido a la administración accidental de KCl concentrado por vía intravenosa. Un factor contribuyente común en muchos de estos casos ha sido la disponibilidad de viales o ampollas de KCl concentrado en las áreas asistenciales. Por lo tanto, una práctica de seguridad elemental que se fomenta es la retirada de las soluciones inyectables concentradas de KCl de las unidades asistenciales y su sustitución por soluciones diluidas comerciales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Reducir los posibles riesgos para los pacientes derivados de la administración intravenosa de soluciones de KCl en el Hospital General San Jorge de Huesca.

#### MÉTODO

- Participar con un equipo multidisciplinar en la elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro.
- Estandarizar las soluciones diluidas de KCl que deben utilizarse en el Hospital y establecer límites de dosis, concentración y velocidades de infusión. Establecer un procedimiento de actuación ante las prescripciones que no se adapten a las soluciones normalizadas, como por ejemplo la aplicación de un protocolo de sustitución automática.
- Definir las unidades asistenciales donde se necesite disponer de soluciones concentradas de KCl y establecer las condiciones para su almacenamiento, dispensación, preparación y administración. Dispensar desde el Servicio de Farmacia estas soluciones concentradas exclusivamente a las áreas críticas autorizadas y siguiendo el protocolo establecido.
- Contribuir a la difusión y cumplimiento de estas recomendaciones y del protocolo de utilización del KCl: distribuir información escrita (dípticos informativos) indicando que especifique las nuevas presentaciones de KCl diluido de nueva adquisición en el Hospital (presentación, mEq K/mL, mEq K/envase) e impartición de sesiones a personal de enfermería.
- Retirar los viales y ampollas de KCl concentrado de las unidades asistenciales y reemplazarlos por soluciones diluidas comerciales.
- Revisión del almacenamiento de KCl concentrado en las unidades autorizadas y no autorizadas

#### INDICADORES

- Elaboración de un protocolo de utilización de KCl en el centro: Sí/No
- Elaboración y distribución de dípticos informativos que pongan de manifiesto la importancia del uso seguro del potasio intravenoso y especifiquen las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el Hospital a la Supervisora de cada unidad de enfermería y Jefe de cada Servicio clínico: Sí/No
- Impartición de al menos una sesión sobre el uso seguro del potasio intravenoso al personal de enfermería: Sí/No.
- Elaboración y distribución de un manual de prescripción en el sistema de Prescripción Electrónica Asistida (Farmatools) para distribuir al personal facultativo que especifique la denominación exacta de las nuevas presentaciones de KCl diluido disponibles en el hospital.

#### DURACIÓN

- 2ª quincena de abril 2018: elaboración de dípticos informativos, sesión informativa y manual de prescripción.
- 1ª quincena de mayo 2018: presentación del proyecto a Supervisoras de la Unidad y Jefes de Servicio. Distribución de información (dípticos y manual de prescripción) e impartición de sesiones.
- 2ª quincena de mayo 2018: inicio de la prescripción y administración de KCl diluidos, monitorización continua con la presencia física de un farmacéutico en las unidades de hospitalización para resolver las posibles dudas o inconvenientes que puedan surgir.
- Junio 2018: Revisión del grado de implantación de las soluciones de KCl diluidas comprobando que la prescripción, dispensación, almacenamiento y administración de dichas soluciones se ajustan a las especificaciones establecidas en el centro.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0559**

**1. TÍTULO**

**USO SEGURO DEL K INTRAVENOSO: INTRODUCCION EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA DE SOLUCIONES DILUIDAS DE CLORURO POTASICO PREPARADAS COMERCIALMENTE**

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR AMADOR RODRIGUEZ  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MONTOIRO ALLUE RAQUEL  
VIÑUALES ARMENGOL MARIA CARMEN  
ALLUE FANTOVA NATALIA  
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN  
ESCOLANO PUEYO ANGEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Se han realizado charlas informativas en los servicios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología y Medicina Interna).
- 2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.
- 3.- Se ha llevado al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.
- 4.- Se han realizado dos charlas formativas, una de ellas en el marco de las sesiones generales del Hospital y otra organizada con la Gerencia para el Sector de Huesca y Barbastro.
- 5.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.
- 6.- Una vez introducidas las moléculas, el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: % de consumo de biosimilares respecto al consumo total de biológicos con biosimilar en el mercado durante el año 2018. Objetivo marcado (2,5%). Resultado obtenido: 9%

Indicador 2: % de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. Objetivo marcado (10%). Resultado obtenido: 37%

Indicador 3: % de variación de número de pacientes tratados con biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 40,5%

Indicador 4: % de variación del consumo de biosimilares 18/17. Objetivo marcado: (50%). Resultado obtenido: 83%

Indicador 5: N° de pacientes nuevos con AR con biosimilares/n° total de pacientes nuevos de AR. Objetivo marcado: (20%). Resultado obtenido: 5%

Indicador 6: N° de pacientes nuevos con EII con biosimilares/n° total de pacientes nuevos de EII: (90%). Resultado obtenido: 85,7%

Indicador 7: Charlas formativas e informativas: si. Se han realizado charlas formativas e informativas ya comentadas en los puntos anteriores.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La incorporación al sistema sanitario de los fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario que requiere una importante labor de formación y concienciación del personal implicado, sin menoscabar la eficacia y seguridad de los tratamientos.

Este proyecto tiene una duración y seguimiento de dos años en los que se intentará mejorar alguno de los indicadores evaluados.

#### 7. OBSERVACIONES.

Proyecto de duración de dos años.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== \*\*\*

N° de registro: 1401

Título  
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE BIOSIMILARES

AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

#### SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

#### MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE BIOSIMILARES

- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

#### INDICADORES

| INDICADOR/ES:   | VALOR OBJETIVO 2018 |  |
|---|---------------------|--|
| % de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos  | 2,5%                |  |
| % de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos.                    | 10%                 |  |
| % de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17  | 50%                 |  |
| % de variación de consumo de biosimilares 18/17   | 50%                 |  |
| Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.                                   | 20%                 |  |
| Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII | 90%                 |  |
| Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital  | Si                  |  |

#### DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

#### OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTIÓN DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR AMADOR RODRIGUEZ  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MONTOIRO ALLUE RAQUEL  
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN  
ALLUE FANTOVA NATALIA  
SERRANO VICENTE MARI CARMEN  
ESCOLANO PUEYO ANGEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se han realizado charlas informativas en los servicios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatología, Dermatología y Medicina Interna).  
2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.  
3.- Se ha llevado el seguimiento al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.  
4.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.  
5.- Una vez introducidas las moléculas el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de variación de número de pacientes tratados con biosimilares:=>50% -----179%  
% de variación del consumo de biosimilares:=>50%-----292%  
Nº de pacientes nuevos con EII con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de  
EII:=>90%-----  
-----100%  
Nº de pacientes nuevos con AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de  
AR:=>20%-----  
-----75%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para obtener estos resultados tan altos el equipo ha tenido que coordinarse de manera especial, sobretodo informando y formando a los prescriptores de los fármacos biosimilares con el apoyo de la Dirección del Hospital y estando muy atentos a cualquier desviación que se pudiera producir. Para ello se creo una hoja excell de seguimiento mensual. Este tipo de proyectos requieren un gran esfuerzo para su implementación y un seguimiento continuo que tendrá que seguir aunque se de por finalizado dicho proyecto de gestión.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1401 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1401

Título  
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:  
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTIÓN DE BIOSIMILARES

##### PROBLEMA

En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.

A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.

Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.

La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:

- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.

En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

##### SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.

Los fármacos biosimilares disponibles son:

- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:

- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:

- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría: 6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

##### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
- 2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
- 3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
- 4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

##### MÉTODO

- 1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
- 2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
- 3.- Reuniones con la Dirección Médica.
- 4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
- 5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

##### INDICADORES

| INDICADOR/ES:   | VALOR OBJETIVO 2018 |
|---|---------------------|
| % de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos  | 2,5%                |
| % de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos.                    | 10%                 |
| % de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17  | 50%                 |
| % de variación de consumo de biosimilares 18/17   | 50%                 |
| Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR.                                   | 20%                 |
| Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII | 90%                 |
| Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital  | Si                  |

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

### 1. TÍTULO

#### GESTIÓN DE BIOSIMILARES

##### DURACIÓN

- 1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
- 2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
- 3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
- 4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
- 5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
- 6.- Trazabilidad de los biosimilares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
- 7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

##### OBSERVACIONES

La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

##### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

### 1. TÍTULO

#### CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MONTERO ALONSO  
· Profesión ..... TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. GESTION DE SISTEMAS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GIRAL DE MUR MARIA MATILDE  
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO  
GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA  
PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA  
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER  
TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En febrero de 2018 se comenzó a trabajar en el diseño de un cuadro de mandos que englobase toda la atención sanitaria de salud mental del Sector de Huesca. Siguiendo la forma de trabajo del resto de centros y servicios del sector se trabajó en un cuadro de mandos que mostrara la información desagregada por unidades (equipo de atención primaria, UME, ULE, etc.) y también agregada a nivel superior (Todas las unidades de salud mental de AP, toda la actividad del CRP). En este momento se contactó con las personas de los distintos centros que registran la información con la que se va a trabajar, para establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos

En junio de 2018 se envió una versión preliminar del cuadro de mandos a la dirección médica, al jefe de servicio de psiquiatría y a Javier Olivera, para que la validasen y/o aportasen las consideraciones que quisieran. Con el feedback de ese correo se realizaron las oportunas modificaciones en el cuadro de mandos que se volvió a remitir a los mismos actores para su aprobación definitiva.

A finales de junio, una vez obtenido el visto bueno, ya se estaba en disposición de difundir el cuadro de mandos con periodicidad mensual. Se solicitó al jefe de servicio de psiquiatría que indicase los destinatarios del cuadro de mandos.

En agosto se realizó el primer envío de cuadro de mandos, con información desglosada por centros y unidades para que los responsables puedan realizar la difusión entre los mandos intermedios que consideren. Desde entonces se ha realizado con la periodicidad establecida el envío periódico del cuadro de mandos, y se ha incluido a los cuadros de mandos de centros que se remiten a la dirección y gerencia del Sector.

Actualmente se encuentra incorporado con un proceso más de Control de Gestión y se remite a los profesionales de la especialidad así como a la dirección y gerencia del Sector Sanitario de Huesca. La base es un archivo Excel que refleja la actividad de forma mensual y agregada hasta el mes en curso haciendo una comparación con los mismos periodos del año anterior para poder ver la evolución.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuadro de mandos estuvo creado y con el 100% de indicadores que lo componen informados para diciembre de 2018. De hecho ya en funcionamiento en agosto de 2018 y remitido de forma periódica y puntual a todos los agentes involucrados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cuadros de mandos necesitan la implicación de diversos actores para que sean útiles y cumplan con su finalidad. Deben ser revisados periódicamente, así como cada vez que los orígenes de los que dependen sufran alguna modificación. Este cuadro de mandos ha permitido comprobar información que no estaba registrando correctamente y sirve para que las personas responsables de capturar la actividad sepan la importancia y necesidad del trabajo que realizan, pues sin él, no puede haber información a analizar sobre funcionamiento, carga de trabajo, demoras, etc. En resumen del funcionamiento de una agenda, servicio, unidad o centro.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/686 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0686

Título  
CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

Autores:



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686

### 1. TÍTULO

#### CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA

MONTERO ALONSO GEMMA, GIRAL DEMUR MARIA MATILDE, PELEGRIN VALERO CARMELO, GARCIA CARRILLO MARIA TEODOSIA, PUYOL MASIAS MARIA AZUCENA, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, TORRALBA SUSIN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La salud Mental en el Sector de Huesca se articula mediante la asistencia en distintos niveles y centros de asistencia. Actualmente, la visión que se tiene de la actividad asistencial de Salud Mental es en forma de silos, aislada por centro/nivel en el que se presta, por lo que se pierde la visión conjunta y transversal de la misma. La gestión de agendas de las Unidades de Salud Mental a través del Sistema de Información Hospitalaria precisa de un feedback a los profesionales para que sean conscientes de la importancia de no solo gestionar las agendas, sino también de capturar la actividad realizada.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende crear un cuadro de mandos unificado de salud mental que ofrezca una visión global de la asistencia de salud mental del Sector de Huesca.

#### MÉTODO

Las acciones previstas son la creación de un cuadro de mandos asistencial de salud mental que incluya:

- Hospitalización
- o Agudos/Corta Estancia
- o Media Estancia
- o Larga Estancia
- o Psicogeriatría
- Actividad Ambulatoria
- o Consultas Externas Psiquiatría San Jorge
- o Consultas Externas Psicogeriatría Hospital Sagrado Corazón
- o Unidades de Salud Mental
- o Unidades Infanto-Juveniles
- o UASA
- Hospital de Día

Una vez el cuadro de mandos que se trabajará con los auxiliares administrativos que trabajan con los sistemas de información de cada uno de los centros y que se acuerda con el jefe de Psiquiatría del Sector de Huesca, será el cuadro de mandos que de forma mensual tenga disponible el Servicio de Psiquiatría, Dirección Médica y Gerencia del Sector.

#### INDICADORES

El cuadro de mandos estará creado y con el 100% de indicadores que lo compongan informados para diciembre de 2018.

#### DURACIÓN

La duración prevista es el año 2018. Se plantean los distintos hitos:

- abril -> Diseño del contenido del cuadro de mandos.
- mayo - agosto -> Establecer proceso de explotación de datos para alimentar el cuadro de mandos
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre - diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados y es la fuente única de información para proporcionar las estadísticas autonómica y estatal.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0686**

**1. TÍTULO**

**CUADRO DE MANDOS DE SALUD MENTAL DEL SECTOR HUESCA**

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BORREL RONCALES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CEBOLLERO MATA MARISA  
CAMINO GUIU MARIA JESUS  
MURILO FLOREZ ILDA MARIA  
MARCO BETES VICTOR  
MARCO AMIGOT JAVIER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:
  - ? Sala con el mobiliario necesario
  - ? Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad
  - ? Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp
- o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.
  - ? Guía de acogida. Elaborada.
  - ? Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones
- o Crear registro de actividades asistenciales:
  - ? Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.
  - o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.
- o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.
- o Seguimiento de las Gammopatías Monoclonales. Realizado el protocolo.
- o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.
- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados

- o Realización de:
  - ? Base de datos: Elaboradas
  - ? Guía de acogida: Elaborada
  - ? Cuidados y recomendaciones: Elaborada
- o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos\*.
- o Número de llamadas telefónicas atendidas\*\*: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos.\*
- o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día \*
- o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)\*.

\*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.

\*\*Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/366 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0366

Título  
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:  
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria. La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes. El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado. El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos. La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

#### Objetivos estratégicos:

- o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.
- o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.
- o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.
- o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.
- o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.
- o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.
- o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.
- o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.
- o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.
- o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectos de Gammopatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.
- o Mantenimientos de catéteres de vía central.
- o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

#### MÉTODO

- o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto
- o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones
- o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

- o Monitorización de adhesión al tratamiento
- o Programación y planificación de la gestión de agendas
- o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales
- o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico
- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

#### INDICADORES

- o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
- o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
- o número de llamadas telefónicas atendidas
- o número de demoras en los tratamientos programados
- o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

#### DURACIÓN

- o Cronograma:  
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda  
junio: puesta en marcha de la consulta

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BORREL RONCALES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CEBOLLERO MATA MARISA  
CAMINO GUIU MARIA JESUS  
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA  
MARCO BETES VICTOR  
MARCO AMIGOT JAVIER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Conseguir recursos materiales: Se ha dotado durante estos meses de:  
- Sala con el mobiliario necesario.  
- Un nuevo ordenador. Se dispone de e-mail de la Unidad.  
- Teléfono móvil con línea directa con WhatsApp.  
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones. Se han diseñado ambas.  
- Guía de acogida. Elaborada.  
- Folleto de las recomendaciones y efectos adversos. Como soporte informativo se ha diseñado una plantilla base con el objetivo de ir introduciendo las diversas patologías que requieran un mayor conocimiento del paciente en su hemopatía y tratamiento y en el que una intervención precoz pueda evitar complicaciones.  
o Crear registro de actividades asistenciales:  
- Elaborada base de datos inicio y seguimiento. Iniciado registro en enero 2019.  
o Monitorización de adhesión al tratamiento. Se pospone el inicio para el 2019.  
o Programación y planificación de la gestión de agendas. La planificación se ha realizado, pero no se ha iniciado hasta contar con los recursos humanos necesarios.  
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales. Realizado el protocolo.  
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico. Se ha diseñado una base de datos en la que consta servicio o centro derivador, sospecha diagnóstica, prioridad y tiempo de respuesta. Iniciado registro en noviembre de 2018.  
o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas. Se fijan los 2º y 4º viernes como días de sesión entre los hematólogos y enfermería.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o Realización de:  
- Base de datos: Elaboradas.  
- Guía de acogida: Elaborada.  
- Cuidados y recomendaciones: Elaborada.  
o Número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados: 38 pacientes atendidos, de los cuales un 68% corresponden a pacientes onco-hematológicos\*.  
o Número de llamadas telefónicas atendidas\*\*: 27 llamadas. El 82% han sido de pacientes oncohematológicos\*.  
o Número de demoras en los tratamientos programados: 0. No se han constatado demoras en los tratamientos en Hospital de Día. Solo un paciente precisó ingresar al no disponer de cama en Hospital de Día\*.  
o Número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres: 0/2. No se han realizado porque no lo precisaron ya que uno realizaba el mantenimiento enfermería del Hospital de Día al finalizar el tratamiento y el otro por motivos logísticos por Centro de Salud (Jaca)\*.  
\*Datos obtenidos de noviembre y diciembre.  
\*\*Solo se han contabilizado aquellas llamadas que han evitado una visita y las que han derivado en adelantos de cita e ingresos. También las de carácter más administrativo en las que se ha invertido al menos 15 minutos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han llevado a cabo una gran parte de las actividades planificadas para implementar la Consulta de Enfermería del paciente oncohematológico, pero han faltado más recursos humanos para desarrollarlo en su totalidad. El proyecto se espera completar durante el 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/366 =====

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

\*\*\*

Nº de registro: 0366

Título  
PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

Autores:  
BORREL RONCALES MERCEDES, CEBOLLERO MATA MARISA, CAMINO GUIU MARIA JESUS, MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El manejo del paciente hematológico es, en términos generales, complejo dentro de la atención sanitaria. La implementación de la Consulta de Enfermería de Hematología puede constituir una excelente oportunidad para ofrecer una atención integral a los pacientes. El papel educacional y de apoyo del profesional de enfermería ayuda a transmitir a los pacientes los conocimientos necesarios, tanto de su enfermedad como del manejo de su tratamiento, promoviendo actividades encaminadas a una mayor seguridad y una implicación del paciente en su autocuidado. El manejo de la mayoría de las patologías hematológicas precisa de un abordaje multidisciplinar que involucra a distintos niveles o servicios del sistema sanitario que puede ser complejo para el paciente. Disponer de una enfermera que sea su referente, coordine, planifique y oriente al paciente, favorecerá las necesidades asistenciales y mejorará la gestión de recursos. La enfermera de Hematología, por otro lado, permitirá una optimización de los tiempos de diagnóstico en diferentes patologías: Mieloma Múltiple, GMSI, SMD,...

RESULTADOS ESPERADOS  
Mejorar la atención del paciente hematológico, en especial del oncohematológico.

Objetivos estratégicos:  
o Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de su enfermedad.  
o Reducir la morbilidad: asesorar para prevenir, detectar, controlar y disminuir los efectos secundarios del tratamiento.  
o Detectar problemas de tipo familiar o social que dificulten el plan terapéutico.  
o Ayudar al paciente/ familia a adaptarse a su nueva situación.  
o Familiarizar al paciente con el medio y circuito hospitalario: guía de acogida.  
o Ayudar al cumplimiento o adherencia al tratamiento.  
o Servir como referente y coordinador con el resto de profesionales sanitarios.  
o Favorecer la comunicación interprofesional del equipo de enfermería y coordinar y colaborar con el resto de profesionales, hematólogos, farmacéuticos, radiólogos, enfermeras del Hospital de Día, etc.  
o Disminuir el número de enfermos que acuden a la consulta médica de forma no programada y a las urgencias hospitalarias.  
o Reducir el tiempo de diagnóstico en los pacientes afectados de Gammapatías Monoclonales gracias a la elaboración e implementación de un protocolo con la colaboración del Laboratorio de Bioquímica.  
o Mantenimientos de catéteres de vía central.  
o Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO  
o Conseguir recursos materiales: dotación de mobiliario, ordenador, teléfono móvil de contacto  
o Elaborar una guía de acogida y de cuidados y recomendaciones  
o Crear un registro de las actividades asistenciales: elaborar una base de datos de inicio y seguimiento y otro sobre incidencias y acciones correctoras  
o Monitorización de adhesión al tratamiento  
o Programación y planificación de la gestión de agendas  
o Seguimiento de las Gammapatías Monoclonales  
o Seguimiento de tiempos entre primeras visitas/diagnóstico

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0366

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL PACIENTE ONCOHEMATOLOGICO

- o Coordinar las sesiones clínicas de diagnóstico y seguimiento de primeras visitas

#### INDICADORES

- o Realización de: base de datos, guía de acogida y folleto sobre cuidados y recomendaciones
- o número de pacientes atendidos/número de pacientes oncohematológicos identificados
- o número de llamadas telefónicas atendidas
- o número de demoras en los tratamientos programados
- o número de mantenimientos de catéteres realizados/número total de pacientes hematológicos portadores de catéteres

#### DURACIÓN

- o Cronograma:  
abril y mayo: elaboración de guías, registros, planificación de agenda  
junio: puesta en marcha de la consulta

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA LACALLE AICUA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... HUESCA

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

SANCHEZ MORENO PABLO  
BUISAN CASBAS GEMMA  
PARDIÑAS BARON BEATRIZ  
CAMINO GUIU MARIA JESUS  
CEBOLLERO MATA MARISA  
ALBA ESTEBAN PATRICIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, hemos establecido un circuito intrahospitalario, para aquellos pacientes que tras haber iniciado un ACOD desde atención especializada, fueran remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y posteriormente realizar un seguimiento clínico y analítico.

Esta consulta se ha establecido en la primera planta del hospital San Jorge, junto a extracciones ("consulta de anticoagulación"), en la cual se atiende a los pacientes ambulatorios en el siguiente horario: De lunes a viernes de 12:00h a 14:15h\*. Para ello hemos redactado una nueva hoja de consulta de canalización para el paciente anticoagulado, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

En esta consulta, se ha iniciado el registro de pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa, y se ha cumplimentado por parte de enfermería las fichas de seguimiento para estos pacientes, que se han redactado para este propósito\*.

En esta consulta, enfermería especializada en anticoagulación, ha otorgado la educación sanitaria a cada uno de los pacientes, y se les ha dado información por escrito sobre el fármaco que han iniciado\*.

Tras esta primera valoración, se ha dado continuidad a la consulta, citando a los pacientes a los 3 meses, posteriormente a los 6 meses y al año, de cara a realizar el seguimiento clínico y analítico, el recomendado para pacientes con este tipo de tratamiento anticoagulante. Para ello hemos creado una nueva agenda de trabajo. Tras realizar estas visitas, si no hay ningún incidente daremos de alta al paciente y recomendaremos seguimiento por atención primaria.

\* Material realizado para el desarrollo del proyecto.

- Nueva hoja de consulta para pacientes anticoagulados. En su reverso aparece el horario de atención al paciente.
- Ficha de seguimiento para pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Eliquis.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Lixiana.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Xarelto.
- Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Pradaxa.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados que se exponen a continuación no son los que se indicaron expresamente como indicadores; esto se debe a que no ha transcurrido un año desde el inicio de la consulta, y además, nos encontramos pendientes de una actualización informática que nos permita obtener los datos estadísticos de forma fidedigna.

En total se ha atendido a un total de 50 pacientes:

Todos ellos (100%) han recibido educación sanitaria.

El 100% han realizado el seguimiento analítico y clínico, en los tiempos establecidos.

El 100% tienen una ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada.

De ellos:

- 21 pacientes (43%) con Eliquis.

De estos pacientes, el 42% tomaban previamente sintrom y el 58% lo habían iniciado de novo.

El 63% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 35% del S. de Hematología y el 2% del S. de cardiología.

- 17 pacientes (35%) con Xarelto:

De estos pacientes, el 72% tomaban previamente sintrom y el 28% lo han iniciado de novo.

El 1% fueron remitidos desde el S. de Neurología, el 59% del S. de Hematología y el 39% del S. de cardiología y 1% del S. de Medicina Interna.

- 7 pacientes (14%) con Pradaxa:

De estos pacientes, el 71% tomaban previamente sintrom y el 29% lo han iniciado de novo.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

El 43% fueron remitidos desde el S. de Cardiología y el 57% del S. de Hematología.

- 5 pacientes (8%) con Lixiana:

De estos pacientes, el 80% tomaban previamente sintrom y el 20% lo han iniciado de novo.

El 20% fueron remitidos desde el S. de Cardiología, el 40% del S. de Hematología y el 40% del S. de Medicina Interna.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos este proyecto importante de cara a tener un control de los pacientes en tratamiento anticoagulante (tanto los AVK y los de acción directa), su adherencia al tratamiento y posibles efectos adversos.

Además, esto nos permitirá hacer un registro posterior de aquellos que han presentado complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas, y así poder ofrecer al paciente una mejor asistencia sanitaria y seguridad clínica.

Dado que este proyecto es ambicioso y precisa un manejo multidisciplinar entre todos los servicios que tratan pacientes anticoagulados, consideramos que debemos prorrogarlo un año y darlo a conocer de forma más exhaustiva, para conseguir una base de datos más amplia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1046 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1046

#### Título

MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

#### Autores:

LACALLE AICUA LAURA, SANCHEZ MORENO PABLO, CAMINO GUIU MARIA JESUS, CEBOLLERO MATA MARISA, PARDIÑAS BARON BEATRIZ, BUISAN CASBAS GEMA, FERNANDEZ RIVERO ELENA, ALBA ESTEBAN PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Paciente anticoagulado.  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Los nuevos anticoagulantes (Pradaxa, Edoxaban, Rivaroxaban y Apixaban) son en la actualidad fármacos de primera elección en muchas ocasiones en los pacientes con fibrilación auricular. Si bien no precisan controles de INR (como es preciso en los antivitamina K), sí precisan controles clínicos y analíticos.

Hemos detectado que estos fármacos se inician frecuentemente desde Atención especializada, y que estos pacientes no reciben la adecuada información sobre el fármaco prescrito y lo que conlleva estar anticoagulado.

Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico y control de posibles complicaciones, y además estar a disposición del resto de especialidades para cualquier duda en el manejo de los pacientes anticoagulados.

Por ello deseamos crear una consulta médica y de enfermería para todos estos pacientes que inician estos fármacos desde hospitalización. Además, contamos con la ventaja de disponer ya de una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados. Hasta el momento se ha remitido a los pacientes que inician dicumarínicos, para ajuste y seguimiento del tratamiento. Consideramos que esta consulta, con enfermería ya capacitada, es una oportunidad para dar formación a los pacientes sobre el anticoagulante de acción directa que están tomando y aumentar así la adherencia al tratamiento.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1046

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD CLINICA DE LOS PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DE ACCION DIRECTA DESDE HOSPITALIZACION

3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con ACODS y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODS.
5. Controlar eventos trombóticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados con ACODS.

#### MÉTODO

1. Establecer un circuito intrahospitalario y posteriormente con Atención primaria, para que aquellos pacientes que inician un ACOD desde atención especializada sean remitidos a Hematología para recibir formación en anticoagulación y realizar un seguimiento clínico y analítico.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de una hoja de consulta.
5. Esta consulta estará disponible todos los días de lunes a jueves de 12:30 h a 13:30 h y los viernes de 8:30h a 10:30h.
6. Tras esta primera valoración se citará a los pacientes en consultas externas de Hematología, previa extracción analítica.

#### INDICADORES

1. N° pacientes anticoagulados a los que se les ha realizado educación sanitaria / n° pacientes nuevos anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
2. N° pacientes con analítica anual realizada y valorada / n° pacientes anticoagulados nuevos con anticoagulantes de acción directa
3. N° de pacientes con ficha de recogida de datos correctamente cumplimentada / n° pacientes anticoagulados
4. N° de pacientes que ya estaban previamente anticoagulados con ACODS y se han introducido en el circuito y se les ha realizado educación sanitaria.

#### DURACIÓN

Mayo y Junio de 2018: informar y elaborar el circuito con el resto de especialidades y redactar la documentación necesaria (volante de canalización, material informativo para el paciente, hoja de notificación de complicaciones).  
Inicio en Junio del 2018 consulta de primera visita.  
Valoración anual de indicadores.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

### 1. TÍTULO

#### PROTOKOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ILDA MARIA MURILLO FLOREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO AMIGOT JOSE JAVIER  
MARCO BETES VICTOR  
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN  
BORREL RONCALES MERCEDES  
MENENDEZ JANDULA BARBARA  
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN  
BERGUA AMORES CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

\*Se realizó una revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.  
\*Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Bioquímica y Nefrología) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.  
\*Elaboramos un protocolo de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI  
\*Enviamos el protocolo de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, asignación de código y publicación en la intranet del Sector de Huesca.  
\*Diseñamos una hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para la atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico, responsables de su elaboración Mercedes Borrel e Ilda Murillo.  
\*Enviamos la hoja de acogida de paciente a la Coordinadora de Calidad del sector para su aprobación, codificación y publicación en la intranet del Sector de Huesca.  
\*Iniciado diseño y escritura de protocolo de tratamiento y seguimiento de Mieloma Múltiple y GMSI, pendiente de finalizar.

Previsto presentación de los protocolos en sesión general del Hospital en marzo 28 de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Elaborado Protocolo clínico de Diagnóstico de Mieloma Múltiple y Gammopatias Monoclonales de Significado Incierto en el sector sanitario de Huesca y enviado a la Unidad de Calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.  
-Elaborada hoja de acogida para pacientes con enfermedades hematológicas y enviada a Unidad de calidad para su aprobación y publicación en la intranet del Sector.  
-En proceso de realización el Protocolo clínico de Tratamiento y seguimiento del mieloma múltiple y gammopatias monoclonales de significado incierto en el Sector Sanitario de Huesca, pendiente consensuar con Sº de Farmacia y de Nefrología, y enviarlo a Unidad de Calidad para su aprobación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Se ha logrado consensuar con los diferentes servicios involucrados en cada una de las fases de atención al paciente afecto de Mieloma Múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto, especialmente en cuanto al diagnóstico, hemos culminado el protocolo, quedando pendiente finalizar el protocolo de tratamiento y seguimiento.

-De otra parte hemos avanzado en el fortalecimiento del papel de la Enfermera de Hematología en la atención integral a pacientes con MM, el cual consideramos fundamental como eje organizador de todos los procesos a los que se enfrenta el paciente.

-Finalmente queremos resaltar que este proyecto es largo y complejo, consideramos que precisa por lo menos dos años para su ejecución, puesta en marcha y evaluación por lo tanto proponemos continuar en el año 2019 como parte II.

7. OBSERVACIONES.

Algunos miembros del equipo de mejora se modificaran producto de la movilidad por las oposiciones.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1084 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1084

Título  
PROTOKOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

##### Autores:

MURILLO FLOREZ ILDA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MARCO BETES VICTOR, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, BORREL RONCALES MERCEDES, MENENDEZ JANDULA BARBARA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El Mieloma Múltiple (MM) y las gammopatías monoclonales de significado incierto (GMSI), son hemopatías de baja frecuencia, muy heterogéneas y cuyo manejo es de gran complejidad; especialmente el manejo de los pacientes con un MM sintomático, patología incurable en el momento actual y que conlleva una morbilidad importante. En los últimos años ha habido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento del MM; respecto al diagnóstico, el avance en las pruebas de imagen disponible para detectar afectación ósea o extramedular precisan una adecuada definición de su papel, y los avances en cuanto a las técnicas disponibles para medir la respuesta obtenida con el tratamiento (EMR). Respecto al tratamiento también hay novedades, básicamente por el desarrollo de nuevos fármacos, de tal forma que hoy día contamos con diferentes fármacos y combinaciones de estos que hace difícil la elección de uno u otro. Por todo lo anterior, consideramos muy importante contar con una guía de manejo de estos pacientes, que de un lado permita disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantice una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo fundamental es protocolizar, mediante una guía multidisciplinar, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto. En primer lugar, se pretende facilitar la realización de todas las pruebas necesarias para el correcto diagnóstico de los pacientes con sospecha de gammapatía monoclonal, centralizado en un profesional de enfermería responsable de coordinar la realización de dichas pruebas; estos pacientes pueden llegar al servicio de Hematología derivados desde otras especialidades (Medicina Interna, Traumatología, Nefrología, Reumatología, etc), desde Atención Primaria o desde el laboratorio de Bioquímica, por un sistema de captación precoz bien, porque se detecte un proteinograma alterado, unos niveles de proteínas totales séricas elevadas o un descenso global de inmunoglobulinas. En segundo lugar, pretendemos definir claramente los protocolos de tratamiento a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes. Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos.

##### MÉTODO

-Documentación: revisión de la bibliografía disponible sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes.  
-Reuniones multidisciplinarias (Hematología, Farmacia, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia a adoptar.  
-Definir procesos para valoración de pacientes que precisen soporte de otras especialidades (Nefrología, Traumatología, Unidad del Dolor, etc)  
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

##### INDICADORES

-Elaboración de la guía de Mieloma Múltiple y GMSI:  
Indicador: Elaborada SI o NO.  
-Elaboración de hoja de acogida para pacientes con diagnóstico de gammapatía monoclonal y/o mieloma múltiple:  
Indicador: Elaborada SI o NO.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1084

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

##### DURACIÓN

- Mayo a Julio de 2018: documentación en relación con diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados de MM y GMSI.
- Septiembre a Octubre 2018: Reuniones de consenso.
- Noviembre a Diciembre 2018: 1. Elaboración de la guía y presentación ante comité correspondiente para su aprobación y publicación en la intranet del sector de Huesca. 2. Diseño de hoja de acogida para pacientes con toda la información necesaria para su atención en el servicio de Hematología y en el Hospital de día oncológico.
- Diciembre de 2018: 1. Presentación de la guía a todo el personal, tanto personal técnico de laboratorio, de enfermería y facultativos) de los servicios implicados en su elaboración (Hematología, Bioquímica y Farmacia). 2. Difusión de la guía y hoja de acogida entre pacientes afectados de mieloma múltiple o gammapatía monoclonal.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LORENZO LABARTA MONZON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... HUESCA

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

MARTINEZ GONZALEZ DANIEL  
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA  
BUESA ESCAR ANA MARTA  
GIL ALOS ANA  
CERRO JUNCOSA ANA  
LAIRLA OLIVAN MARTA  
REULA ARASANZ CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se constituyó el Equipo de Mejora y posteriormente en el mes siguiente se desarrolló el Programa de Mejora, con la formación del personal (médicos y enfermeras) de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación para su monitorización a través de sesiones de formación (3 sesiones) y su registro a través de la plataforma informática de registro y monitorización de los pacientes de la UCI (programa METAVISION implantado desde 2016).

Se instruyó al personal para saber realizar las escalas, conocer los niveles con rango adecuado y a través de un algoritmo que permite la autonomía por parte de enfermería (ya contrastada su eficacia, por nuestra práctica desde 2011) valorar aumentar o disminuir la titulación de las bombas de sedación o administrar tratamiento anti-álgico y detectar precozmente un estado de agitación.

Las escalas de sedación utilizada fue la escala RASS, la escala de dolor (EVA y ESCID) y la escala de agitación fue la escala CAM-UCI (homologadas por la Guía de Sedoanalgesia del grupo de trabajo de Sedación -analgesia y agitación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)).

Para facilitar la valoración de escalas, se distribuyó un díptico con las diferentes escalas y se introdujo dichas escalas en el programa informático de Metavision.

Se incluyó a pacientes con necesidad de sedoanalgesia mayor de 24 horas y se compararon dos grupos, según el periodo pre-instrucción (grupo control, también llamado periodo A) o post- instrucción ( grupo intervención o periodo B).

El periodo de recogida del periodo A fue del 15 de enero al 14 de abril de 2018; y el periodo de recogida del grupo B fue del 15 de mayo al 14 de agosto de 2018.

Se realizó una recogida de datos con las variables: edad, sexo, gravedad con escala APACHE II, tipo de ingreso médico o quirúrgico, necesidad y tiempo de ventilación mecánica, escalas RASS, EVA, ESCID, CAM-UCI, medicación en UCI, estancia en UCI, presencia de agitación, mortalidad y eventos (retirada de dispositivos no deseados o lesiones).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Basándonos en los datos del proyecto SEDAN UCI del año 2013 ( Proyecto nacional realizando un corte de prevalencia del manejo de sedoanalgesia en las Unidades de Cuidados Intensivos de España) en el que se objetivó un déficit en el manejo de sedoanalgesia a nivel nacional en los siguientes aspectos:

- UCIs con protocolo de sedación de un 57%.
- con autonomía en el manejo farmacológico de sedación por parte de enfermería de un 57%.
- cumplimentación de registros con escalas de sedación de un 70%, de escala de dolor de un 44% y de escala de delirio de un 10%.

Por todo ello nuestros objetivos fueron conocer nuestros indicadores y verificar la mejoría de sus valores con la implementación de este proyecto de mejora (comparando el periodo B con el periodo A).

Los objetivos fueron:

- Registro de incidencia de agitación en UCI.
- Porcentaje de cumplimentación diaria de la escala RASS y escalas EVA/ESCID.
- Disminución del grado de dolor tras tratamiento.
- Disminución de la incidencia de agitación.
- Evaluar parámetros de morbimortalidad en ambos grupos (estancia UCI y mortalidad).

Se recogieron los datos de 138 pacientes ( 79 del grupo A y 59 del grupo B), siendo los datos siguientes:

-Ambos grupos fueron homogéneos con respecto a sexo masculino (grupo A 69% vs grupo B 60%), edad ( 70 vs 69 años), nivel gravedad APACHE II (18 vs 19), tipo de ingreso quirúrgico ( 59 vs 58 %) y necesidad de ventilación mecánica ( 45 vs 42%).

Con respecto a los objetivos alcanzados e indicadores:

- 1-La incidencia global de agitación fue del 23%.
- 2-La cumplimentación diaria de la escala RASS fue 70% en el grupo A y del 82% en el grupo B; y de la escala del dolor EVA/ESCID fue 73% en el grupo A y 84% en el grupo B.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

La cumplimentación de la escala de agitación con la escala CAM-UCI fue del 34% en el grupo A y del 62% en el grupo B.  
3- El porcentaje de pacientes con menor dolor tras tratamiento (EVA o ESCID menor de 4) fue mayor en el grupo B (40%) que en el grupo A (33%).  
4- Menor porcentaje de agitación en el grupo B (21%) comparado con el grupo A (25%).  
5- La incidencia de estancia en UCI y mortalidad, hubo una tendencia menor (pero no significativa) en el grupo B (estancia 11 días y mortalidad 21%) con respecto al grupo A (estancia 12 días y mortalidad 25%).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como fortalezas del estudio:

- Se consolida la implantación de un protocolo de sedoanalgesia guiado por enfermería siendo seguro y eficaz.
- Nivel alto de monitorización de analgesia y dolor (mayor del 80% como indican las guías del Grupo de Trabajo de sedoanalgesia de la SEMICYUC).
- Mejor control del dolor de los pacientes (mayor porcentaje de pacientes con bajo nivel de dolor con EVA/ESCID menor de 4).
- Se ha desarrollado e implementado la escala de agitación CAM-UCI en un 62%.
- Se constata con un indicador medible, la alta prevalencia de pacientes que presentan agitación (23%) en los pacientes con sedoanalgesia superior a 24 horas.
- La presencia de la aplicación informática dentro de la Metavisión, ayuda al personal a cumplimentar las escalas y estar alerta ante la prevalencia de agitación.

Como debilidades del estudio:

- El paso del tiempo puede jugar un papel de disminución en la cumplimentación de las escalas.
- El tratamiento de la agitación debería ser plurifocal (preventivo, psicológico, medidas no físicas y farmacológico).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/89 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0089

Título  
MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

Autores:  
LABARTA MONZON LORENZO, MARTINEZ GONZALEZ DANIEL, LACOSTENA PEREZ M EUGENIA, BUESA ESCAR ANA MARTA, LOPEZ CLAVER JUAN CARLOS, LANDER AZCONA ARANCHA, ESCOS ORTA JESUS, CABALLERO NUÑEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: CRITICOS  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION: En la mayoría de pacientes ingresado en UCI es necesaria la administración de sedantes y analgésicos para tratar la ansiedad que genera la situación de enfermedad grave, para disminuir la sensación de disnea, conseguir la adaptación a ventilación mecánica, controlar la agitación, disminuir el dolor y poder realizar las técnicas invasivas que requieren los enfermos.  
Por ello las distintas Sociedades abogan por la monitorización de la sedación, dolor y agitación. Los expertos aconsejan la monitorización por escalas completas que no sólo incluyan la valoración de la sedación (ejemplo RAMSAY), sino que incluyan apartados como la sedación, el dolor y el delirio. Por eso aconsejan escalas de sedoanalgesia y agitación como serían las escalas de sedación-agitación: Riker Sedation-Agitation Scale (SAS) o Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), las escalas para el dolor como son la EVN, EVA y ESCID, y las escalas para valorar la agitación como serían la Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) o la Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)

#### RESULTADOS ESPERADOS



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0089

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DE SEDOANALGESIA Y AGITACION EN UCI 2018

- 1-Registro de incidencia de agitación en UCI
- 2-Cumplimentación de medida RASS diaria, escalas de dolor
- 3.- Disminución del grado de dolor tras tratamiento (grupo control e intervención)
- 4.- Disminución de la incidencia agitación
5. Evaluar parametros de morbimortalidad en ambos grupos ( estancia UCI, mortalidad, calidad de vida)

#### MÉTODO

-Inicialmente se constituirá el Equipo de Mejora  
-Posteriormente se desarrollará el Programa de Mejora con la formación del personal de las distintas escalas de sedoanalgesia y agitación  
-Se incluirán todos pacientes de UCI con estancia mayor de 24 horas.  
-Se tomarán los registros de sedación con la escala de RASS, escala de dolor (EVA o ESCID) y el registro de agitación con la escala de CAM-UCI.  
La sedoanalgesia se seguirá realizando en los dos grupos, según el algoritmo de la UCI para control del dolor y la sedación.  
El grupo de Mejora de Calidad, realizará una hoja de recogidas de datos ( edad, sexo, antecedentes, tratamientos, tipo de ingreso, mediación en UCI, escalas de gravedad, escala sedación, escala dolor, escala agitación, presencia de agitación, tipo de agitación, estancia en UCI, Ventilación Mecánica, mortalidad, etc). Se firmará un compromiso de confidencialidad en la recogida de datos y con la conformidad del Jefe de Servicio o Director. Finalmente se analizarán los datos obtenidos y se realizará un análisis estadístico para estimar la significación de las medidas realizadas.

#### INDICADORES

- 1-% de pacientes agitados/total pacientes > 24 horas.
- 2- 80% de mediciones cumplimentadas
- 3-% de pacientes con valor de EVA o ESCID <4 en ambos grupos. (menor en el grupo intervención)
- 4-% de episodios agitación en ambos grupos ( menor en el grupo intervención)
- 5-Media de días de estancia en UCI, % de mortalidad, valor en la escala de calidad de vida SF36

#### DURACIÓN

- Fecha de inicio: 15 de Enero 2018 - Final 15 Agosto 2018
- 1.- Formación en las escalas RASS.
  - 2-Reunion en Enero-Febrero del Grupo de Mejora de Calidad para estimar el cumplimiento del registro de escalas.
  - 3.-Reunión en Marzo para plasmar y concretar el algoritmo definitivo para control del dolor y profilaxis de agitación.
  - 4.-Implementación del algoritmo en el programa Informático Metavisión ( antes del 14 de Junio de 2017.
  - 5.- Implementación el 15 de Junio del algoritmo en los pacientes de UCI
  - 6.- De forma progresiva rellenar las hojas de recogidas de datos de los pacientes y a partir del 15 de Agosto de 2017 analizar los datos de forma analítica para obtener conclusiones y evaluar la obtención de los objetivos deseados

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CERRO JUNCOSA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LAIRLA OLIVAN MARTA  
MENDOZA MURO GEMMA  
SOBREVIÀ SOBREVIÀ MARIA JOSE  
MONTAÑANA GUZMAN ISABEL  
BARA LERA MATILDE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Búsqueda Bibliográfica de Enero a Marzo de 2018.No existen check list tipo para revisión de Boxes de UCI, se encuentran varios de diferentes hospitales que no podemos adoptar dado que la infraestructura de nuestra UCI no nos lo permite.
- Diseño de un Check list propio de Abril a Septiembre.
- Consenso sobre el material mínimo que debe contener un Box al ingreso del paciente (se decide un stock tipo para que todos los boxes queden acondicionados con el mismo material).
- Reparto de actividades a realizar por TCAE y por DUE en la reposición y revisión del Box.
- Se decide creación de 2 check list; El primero a rellenar al alta del paciente, tras la limpieza y reposición del mismo, por la TCAE. El segundo a rellenar previo al ingreso del nuevo paciente por el DUE responsable del ingreso, con las actividades que en el check list se especifican.
- Se decide la colocación de la herramienta a cumplimentar en la carpeta de cada BOX en formato papel (fotocopias del check list)
- Durante el mes de Diciembre se forma al personal del servicio implicado para su posterior implementación durante el mes de Enero del año en curso
- Definición de los métodos de evaluación de la herramienta y los criterios de resultado

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Formación del 100% del personal de la unidad en la cumplimentación del check list.
- A lo largo del mes de Diciembre se ha formado al personal de la unidad, estando formados el 100% de los implicados en su uso.
- Desarrollo del proyecto: creación de la herramienta de trabajo y definición de los criterios de evaluación. Se implementa el Check list en la unidad durante el mes de Enero y haremos valoraciones periódicas de los resultados durante este año 2019.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al no disponer de una herramienta de recogida de datos ni un Stock claro del contenido del Box, nos ha llevado más tiempo del pensado su creación, tras su implementación valoraremos si la herramienta nos proporciona una rutina de trabajo que aumente la seguridad clínica y si la herramienta es capaz de aumentar la seguridad del profesional de que todo está correcto cuando reciba al paciente.

Métodos de evaluación:

El grupo de trabajo realizará mensualmente una revisión de los datos recogidos y un control in situ un de la veracidad de los mismos.

Resultados:

- 1.-Porcentaje de realización del check list Post-alta y pre-ingreso.
- 2.-Porcentaje de cumplimiento de las medidas del Check List .
- 3.-Se realizaran rondas de seguridad mensuales para evaluar el adecuado cumplimiento.

#### 7. OBSERVACIONES.

ADJUNTO MODELO CHECK LIST:

NUMERO DE BOX (RODEAR) : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD AL INGRESO EN UCI

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA Y PREVIA AL INGRESO DEL NUEVO PACIENTE

FECHA: TCAE RESPONSABLE DEL ALTA:

Actividades de la auxiliar (Al Alta)

SI

NO

Revisar el estado de limpieza del box, cama hecha y y colchon antiescaras inflado \*

Reponer el material de la bandeja: 3 botes de clorhexidina y 1 de alcohol, 4 SF de 10 cc, 2 paquetes de gasas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

y 1 de compresas esteriles, 1 termometro digital, 1 bote de colonia, 1 peine, 1 bote de crema hidratante y 1 bote de corpitol

Soporte de bombas a ambos lados correctamente enchufado y mínimo con 2 bombas a cada lado, 2 de ellas de jeringa

Aspirador de secreciones correctamente montado y conectado a toma de vacio, gusano en el soporte superior en su bolsa y sondas de 2 tamaños en su cubículo

4 botes de sueros de vertido rápido

3 guantes estériles de cada talla (6,5 - 7 - 7,5 - 8 )

Toma de oxígeno con flujómetro correctamente conectada a toma de O2, humidificador estéril en su bolsa

Ambú esterilizado con alargadera y filtro en la parte superior del box

1 paquete de electrodos en el lateral del monitor

Existencia de manguito de la tensión, electrodos y pulsioxímetro

Fonendoscopio

\*En caso de disponer de más boxes libres y ante el desconocimiento del siguiente ingreso se intentara tener a disposición cama con colchón antiescaras y cama con viscolastica si es posible

FECHA: DUE RESPONSABLE DEL INGRESO:

Actividades de la Enfermera ( Previas al ingreso )

SI

NO

Encender el monitor y comprobar el límite de alarmas

Encender el respirador, comprobar su montaje correcto y que ha sido chequeado. Conectarlo a pulmón de prueba

Verificar que las bombas de perfusión se encuentran enchufadas y cargan

Verificar la existencia de ambú

Verificar el funcionamiento del aspirador de secreciones y montaje del gusano si se precisa

Verificar el correcto funcionamiento de la toma de Oxígeno y montar el humidificador

Suero fisiológico purgado y conectado a conexión bilumen y llave de 3 pasos

Si el paciente viene intubado: venda de gasa, compresa, gasas y vaselina para sujeción adecuada del TOT

Preparación de medicación urgente previsible si el ingreso lo precisa\*\*

\*\* SI - cuando sí lo precisa, NO - cuando no lo precisa

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/108 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0108

Título  
DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Autores:  
CERRO JUNCOSA ANA, LAIRLA OLIVAN MARTA, MENDOZA MURO GEMMA, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, MONTAÑANA GUZMAN ISABEL, BARA LERA MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: CRITICOS  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.  
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.  
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.  
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

RESULTADOS ESPERADOS  
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad  
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.  
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades  
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

MÉTODO  
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso  
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

INDICADORES  
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio  
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

DURACIÓN  
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CERRO JUNCOSA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAIRLA OLIVAN MARTA  
MENDOZA MURO GEMMA  
OMEDAS BONAFONTE PAULA  
SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE  
BUSTAMANTE BARA SILVIA  
MONTAÑANA GUZMAN ISABEL  
BARA LERA MATILDE  
LANAO GIL ROSARIO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo de Enero a Junio el Equipo se reúne en 3 ocasiones, la primera en Enero:

-Coincidiendo con los procesos de movilidad se van de la unidad 2 participantes del proyecto que son sustituidos por otros 2 a comienzos del año 2019:

Cursan baja:

- 1.- Matilde Bara Lera es sustituida por Lanao Gil, Rosario Isabel (TCAE).
- 2.- M<sup>a</sup> José Sobrevía sobrevía es sustituida por Silvia Bustamante Bara ( DUE).

Paula Omedas Bonafonte, Residente de 4º curso de intensivos se incorpora al proyecto.

Se inicia la cumplimentación del check list entre los meses Enero a Marzo, se extraen las siguientes conclusiones: Se recogen 79 check list en 59 días ( del 1 de Febrero al 31 de Marzo de 2019)

- Total cumplimentados: 79 (100%).
- Adhesión a la herramienta de auxiliares: 74/79 (93,67%).
- Adhesión a la herramienta de enfermería: 68/79 (86,07%).
- Correctamente cumplimentado (ambas partes y todos los ítems chequeados): 61/79 (77,21 %).
- Veracidad de lo cumplimentado (el día 14 de Marzo se revisan los Boxes para ver si coincide lo reflejado en la herramienta con lo que hay en el Box): Se revisan 5 Boxes vacíos sin paciente con el check list cumplimentado, de éstos en tres coincide lo cumplimentado con la realidad (60%). En dos de ellos no coincide, en uno no se encuentra el tubo burbuja del aspirador, en otro el material de la bandeja no es el acordado en el stock.

Se concluye que:

- Se nos olvida limpiar las cuñas ocasionalmente.
- En alguna ocasión no se ha puesto el tubo burbuja de la aspiración en la balda.
- En algún Box se ha identificado falta de fonendoscopio y ambú.
- A veces el stock de la bandeja no coincide con lo acordado.
- Tendemos a olvidar verificar la correcta conexión de bombas, tienen batería interna y avisan con tiempo antes de descargarse completamente, por lo que no ocasiona incidente, pero han de estar cargadas por si el paciente requiere traslado.
- Los cables de conexión del Digi a los diferentes dispositivos fallan a menudo y precisamos revisarlos para que los datos sean vertidos al programa informático ( METAVISION ) correctamente.
- La adhesión a la herramienta por parte de las auxiliares ha sido mejor, 93,67% frente al 86,07% de las enfermeras.
- Un 77,21% de los check list estaban bien cumplimentados, de los que NO lo estaban un 92,3% no tenía bien chequeada una de las dos partes y al resto les faltaba algún ítem por marcar.

En el mes de Abril nos reunimos y tras lo observado se deciden las siguientes modificaciones:

- Se añade la palangana para el aseo diario
- Se añaden la cuña y botella y verificar su limpieza para el nuevo paciente
- Se retira la preparación de un suero purgado dado que no conocemos de antemano la prescripción médica.

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA Y PREVIA AL INGRESO DEL NUEVO PACIENTE

FECHA: TCAE RESPONSABLE DEL ALTA:

Actividades de la auxiliar (Al Alta)

SI

NO

Revisar el estado de limpieza del box, cama hecha y y colchon antiescaras inflado \*

Reponer el material de la bandeja: 2 jeringas de 10 c.c, 3 botes de clorhexidina y 1 de alcohol, 3 SF de 10 cc, 3 paquetes de gasas y 1 de compresas estériles, 1 termómetro digital, 1 bote de colonia, 1 peine, 1 bote de crema hidratante y 1 bote de corpitol

SopORTE de bombas a ambos lados correctamente enchufado y mínimo con 2 bombas a cada lado, 2 de ellas de jeringa

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE

Aspirador de secreciones correctamente montado y conectado a toma de vacío, tubo burbuja en el soporte superior en su bolsa y sondas de 2 tamaños en su cubículo.

4 botes de sueros de vertido rápido, palangana para el aseo diario

3 guantes estériles de cada talla (6,5 - 7 - 7,5 - 8 )

Toma de oxígeno con flujómetro correctamente conectada a toma de O2, humidificador estéril en su bolsa, gafas nasales y mascarilla Venturi.

Ambú esterilizado con alargadera y filtro en la parte superior del box

1 paquete de electrodos en el lateral del monitor

Existencia de manguito de la tensión, fonendoscopio, cables multifunción y pulsioxímetro conectados al monitor

Cuña y/o botella limpia disponible para Box

\*En caso de disponer de más boxes libres y ante el desconocimiento del siguiente ingreso se intentará tener a disposición cama con colchón anti escaras y cama con viscolástica si es posible

FECHA: DUE RESPONSABLE DEL INGRESO:

| Actividades de la Enfermera ( Previas al ingreso )  | SI | NO |
|---|----|----|
| Encender el monitor y comprobar el límite de alarmas  |    |    |
| Encender el respirador, comprobar su montaje correcto, que ha sido chequeado y chequear equipo (tubuladuras). Conectarlo a pulmón de prueba |    |    |
| Verificar que las bombas de perfusión se encuentran enchufadas y cargan   |    |    |
| Verificar la correcta conexión de los dispositivos al Digi y que éste pasa los datos al ordenador central                                   |    |    |
| Verificar la existencia de ambú   |    |    |
| Verificar el funcionamiento del aspirador de secreciones y montaje del tubo burbuja si se precisa   |    |    |
| Verificar el correcto funcionamiento de la toma de Oxígeno y montar el humidificador  |    |    |
| Si el paciente viene intubado: venda de gasa, compresa, gasas y vaselina para sujeción adecuada del TOT                                     |    |    |
| Preparación de medicación urgente previsible si el ingreso lo precisa**   |    |    |

\*\* SI - cuando sí lo precisa, NO - cuando no lo precisa

El día 9 de Septiembre se revisan 7 Boxes sin paciente para comprobar su estado (Periodo Vacacional con nuevo personal contratado):

- El 90% ( 6 de 7 ) tienen todo el material como corresponde.

- El Box nº 7 presenta las siguientes deficiencias:

\* No tiene tubo burbuja para el sistema de aspiración de secreciones

\* Faltan guantes estériles de los números 7 y 7,5.

\* Los sueros de vertido rápido están colocados pero no en el lugar que les corresponde.

El mismo día revisamos los 3 Boxes ocupados y se verifica que los datos pasan correctamente, las bombas están cargando, todos tienen ambú, fonendo y todo el material del stock acordado.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Desarrollo del proyecto: Creación de un check list de verificación de Boxes inédito.

- Creación de la herramienta de trabajo en formato papel.

- Definición de los criterios de evaluación.

- Formación del 100% del personal de la unidad en su cumplimentación.

- Implementación y recogida de datos.

- Conclusiones obtenidas e incorporación del check list a los nuevos protocolos de acogida para el personal de nueva incorporación.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la herramienta se ha logrado estandarizar en la unidad un stock básico de material en cada BOX, así como la incorporación de una dinámica de revisión previa al ingreso del nuevo paciente.

Nos parece fundamental garantizar la seguridad del paciente y a través de estas pequeñas rutinas minimizamos los riesgos derivados del fallo humano.

El objetivo de la herramienta ha sido en todo momento crear un hábito en el personal de enfermería, algo que el equipo de mejora damos por logrado.

Dado que la dinámica de las unidades no es fija y continuamente existe movilidad de personal, creemos conveniente que este trabajo no se quede aquí sino que sea extensible a nuevos proyectos, entre ellos la actualización de las guías de acogida al personal de nueva incorporación, tanto de DUEs como de TCAEs, es por esto que se va a incorporar el check list diseñado a las mismas.

#### 7. OBSERVACIONES.

Como envié una segunda memoria de seguimiento no he creído conveniente extenderme demasiado en esta última memoria final.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/108 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Nº de registro: 0108

Título  
DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Autores:  
CERRO JUNCOSA ANA, LAIRLA OLIVAN MARTA, MENDOZA MURO GEMMA, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, MONTAÑANA GUZMAN ISABEL, BARA LERA MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: CRITICOS  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.  
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.  
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.  
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

RESULTADOS ESPERADOS  
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad  
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.  
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades  
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

MÉTODO  
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso  
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

INDICADORES  
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio  
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

DURACIÓN  
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

### 1. TÍTULO

#### ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PELAY CACHO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... HUESCA

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

GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR  
CALVO BEGUERIA EVA MARIA  
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN  
OMISTE SANVICENTE TERESA  
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO  
CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA  
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han valorado 87 pacientes con patología autoinmune de la consulta de Medicina Interna - Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca atendidos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018.

Se confeccionó previamente una ficha que recoge: diagnóstico de la enfermedad autoinmune, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, actividad física, datos antropométricos (perímetro de cintura e IMC), datos bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal y cociente albúmina/creatinina en orina) y cifras de tensión arterial.

En cada enfermo se ha valorado la presencia o no de Síndrome Metabólico según los criterios del National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (ATP III) y se ha estratificado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 87 enfermos valorados en consulta se ha estimado el RCV y la presencia de síndrome metabólico en 86. La edad media ha sido 61,44 años, 66 eran mujeres y 20 hombres. Tenían antecedentes familiares de ECV precoz el 20,93%.

- Fumadores: 25,58%.
- Hábito enólico actual 2,32%.
- Sedentarismo: 34,88%.
- Sobrepeso: 34,88% y obesidad: 27,90%.
- LDL >115 mg/dl, 44,18% LDL >130 mg/dl 32,25%. CHDL < de 40 mg/dl en varones y de 50 mg/dl en mujeres: 25,58%.
- Triglicéridos >150 mg/dl: 13,9%.
- Glucemia >100 mg/dl: 37,20%.
- Presión arterial elevada >de 130/85: 55,81%.

#### Indicadores:

1- "Número de enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80)". N=86 de 87 (98,85%).

2- "Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80)". N= 86 de 87 (98,85%).

3- "Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico". 32,55% con síndrome metabólico según los criterios ATP III.

4- "Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS." Los pacientes valorados en consultas:

- o 27,9% tenían Lupus Eritematoso Sistémico, de ellos el 16,67% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 33,33% riesgo moderado y el 9,09% riesgo alto.
- o 20,93% tenían Vasculitis, de ellos el 44,44% presentaban Síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 22,22% tenían riesgo bajo, el 66,66% riesgo moderado y el 11,11% riesgo alto.
- o 9,30% tenían Síndrome Antifosfolípido, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 25% riesgo moderado y el 25% riesgo alto.
- o 9,30% tenían Síndrome Sjögren, de ellos el 25% presentaban síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 75% tenían riesgo bajo y el 25% riesgo moderado.
- o 4,65% tenían Esclerodermia, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
- o 4,65% tenían Miopatías Inflamatorias, ninguno presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo y el 50% riesgo moderado.
- o 23,25% tenían otras Enfermedades Autoinmunes (Sarcoidosis, glomerulonefritis..) de ellos el 70% presentaba síndrome metabólico; estratificando RCV por SCORE el 50% tenían riesgo bajo, el 30% riesgo moderado, el 10% riesgo alto y el 10% riesgo muy alto.

5- "Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.". Una vez valorados los FRCV, el RCV y el síndrome metabólico se recomienda medidas higiénico-dietéticas a 52 pacientes y cambios en el tratamiento farmacológico de los FRCV a 20 enfermos.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

### 1. TÍTULO

#### ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas tienen mayor riesgo de tener enfermedades cardiovasculares; esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la elevada comorbilidad y prevalencia de factores de riesgo cardiovascular así como a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINE, fármacos muy utilizados para el control de estas enfermedades, puede provocar elevación de la glucemia y/o presión arterial o empeorar una hipertensión arterial ya existente. En este grupo de pacientes observamos una alta prevalencia de FRCV, especialmente sobrepeso, hipertensión, tabaquismo y dislipemia; también se aprecia una elevada prevalencia de síndrome metabólico. Todo ello implica un aumento del RCV global, ya de por sí alto en los enfermos con enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Tras calcular el RCV mediante SCORE ha sido preciso recomendar medidas higiénico dietéticas a un 60,46% de los enfermos y modificar el tratamiento farmacológico previo de sus FRV a un 23,25%. Estos datos nos deben hacer reflexionar acerca de la importancia de incluir en nuestra práctica clínica habitual la valoración de los FRCV y la estimación del RCV mediante las escalas existentes, para tratar de mejorar el RCV en estos enfermos y disminuir su morbimortalidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/174 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0174

Título

ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Autores:

PELAY CACHO RAQUEL, GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, CALVO BEGUERIA EVA MARIA, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, OMISTE SANVICENTE TERESA, MALLÉN DIAZ DE TERAN MARIO, CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades Autoinmunes Sistémicas  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) tienen mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares (ECV). Esto se debe tanto al desarrollo de arteriosclerosis precoz y acelerada como a la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y a la propia inflamación crónica. También el tratamiento con corticoides, inmunosupresores o AINES, fármacos muy utilizados para el control de estas enfermedades, puede provocar elevación de presión arterial (PA) o empeorar una HTA esencial ya existente. Las enfermedades más analizadas a este respecto en estudios epidemiológicos han sido el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR). Los pacientes con LES tienen mayor riesgo que la población general de presentar infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrales vasculares y mortalidad por ECV. Los FRCV tradicionales que se asocian con un mayor riesgo de ECV en estos pacientes son HTA, edad avanzada, dislipemia, tabaquismo, sexo masculino y elevación de proteína C reactiva (PCR). También se postulan como factores predictores de ECV una mayor actividad de la enfermedad y la utilización de azatioprina y corticoides. Por otro lado la prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con LES alcanza un 38% en estudios epidemiológicos internacionales. Por ello el control de los FRCV en los pacientes afectados de EAS se considera fundamental para tratar de mejorar su RCV y debe ser una práctica habitual en su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0174

### 1. TÍTULO

#### ESTIMACION Y MEJORA DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

1. Estudiar los FRCV en los pacientes atendidos en las consultas de Enfermedades Autoinmunes del Hospital San Jorge de Huesca, así como estratificar su RCV mediante SCORE.
2. Determinar el porcentaje de enfermos con EAS que presentan síndrome metabólico.
3. Analizar los distintos FRCV y el RCV global en cada una de las EAS valoradas en consultas (LES, síndrome antifosfolípido, esclerodermia, Sjogren, miopatías inflamatorias y vasculitis).
4. Tratar de optimizar el tratamiento de dichos FRCV tanto con medidas higiénico dietéticas como farmacológicas.

#### MÉTODO

Se realizará una evaluación de los pacientes con EAS de forma ambulatoria que incluirá:

- Historia clínica: incluyendo antecedentes familiares de primer grado de ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
- Exploración física: medida de PA según el consenso de la ESH/ESC; parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura)
- Análisis sanguíneo: bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1c en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
- Análisis de orina: albuminuria

Se calculará el RCV mediante escala SCORE. Se excluirán de dicho cálculo los pacientes con ECV establecida.

En función del perfil de riesgo de cada paciente se indicarán las medidas terapéuticas o profilácticas que se estimen oportunas de cara a reducir el RCV.

#### INDICADORES

- Número de enfermos con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes a los que se realiza estudio de FRCV (estándar: 80%)
- Número de pacientes con EAS atendidos en consultas de Enfermedades Autoinmunes en los que se calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%)
- Porcentaje de pacientes con EAS que presenta síndrome metabólico.
- Comparación en porcentaje de RCV (bajo/moderado/alto/muy alto) en cada uno de los subgrupos de EAS.
- Número de pacientes en los que se modifica el tratamiento farmacológico y/o estilo de vida.

#### DURACIÓN

Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la consulta de Enfermedades Autoinmunes durante el segundo semestre del 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

### 1. TÍTULO

#### DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GONZALEZ GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
OMISTE SANVICENTE TERESA  
PELAY CACHO RAQUEL  
JIMENO GRIÑO CARMEN  
EGIDO MURCIANO MIGUEL  
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA  
PEREZ LORENZ JUAN BLAS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha calculado el riesgo cardiovascular (RCV) mediante SCORE de los enfermos infectados por VIH atendidos en Consulta de Infecciosos de Hospital San Jorge de Huesca (n=160). Se han seleccionado los menores de 45 años con RCV bajo (n=25). Hemos confeccionado una ficha que recoge: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (ECV) precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, datos antropométricos y bioquímicos (perfil lipídico, glucémico, función renal). Tras contacto telefónico hemos conseguido valorar a 18 pacientes. A cada uno de ellos se les ha colocado un aparato de monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) de 24 horas para valorar el comportamiento de la presión a lo largo del día y la noche, además de cumplimentar la ficha. Los 7 pacientes restantes no han podido ser valorados por cambio de vivienda, imposibilidad de venir al hospital por comorbilidad o no acudir a la cita.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Edad media de la muestra: 42,2 años; 12 hombres y 6 mujeres. Antecedentes familiares ECV precoz: 11,11%. Fumadores: 77,77%. Hábito enólico: 44,44%. Sedentarismo: 66,66%. Sobrepeso: 66,66% y obesidad: 11,11%. cLDL >115 mg/dl: 66,66% (44,44% cLDL >130 mg/dl). cHDL bajo (menor de 40 mg/dl en varones y de 48 mg/dl en mujeres): 33,33%. Triglicéridos >150 mg/dl: 55,55%. Glucemia >100 mg/dl: 22,22%. Presión elevada en MAPA 22,22% de los sujetos.

#### Indicadores:

- "Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos a los que se les calcula el RCV mediante SCORE" (Estándar 80%). N= 160 de 174 (91,9%)
  - "Número de enfermos VIH con RCV leve a los que se realiza MAPA" (Estándar 80%). N= 18 de 25 (72%). Encontramos dificultades en cumplir el estándar al ser una población con un considerable porcentaje de baja adherencia, siendo frecuente la falta de asistencia a las visitas programadas.
  - "Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón patológico de presión arterial". 66,6% (44,44% patrón dipper extreme, 11,1% patrón riser y 11,11% patrón no dipper). El 33,3% de los pacientes tienen patrón dipper (normal).
- Hemos reevaluado exhaustivamente a los sujetos con patrón desfavorable o anormal de presión arterial en MAPA, insistiendo en el control del resto de FRCV.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En esta muestra observamos una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, especialmente sobrepeso, tabaquismo y dislipemia, lo que sin duda va a repercutir en el riesgo global, ya aumentado en pacientes VIH. Existe también una elevada prevalencia (66,6%) de patrón anormal de presión arterial en MAPA (no dipper, dipper extreme y riser), lo que también implica un aumento del riesgo, conllevando la necesidad de intensificar las medidas de prevención cardiovascular. El estudio con MAPA en estos pacientes jóvenes con riesgo cardiovascular bajo podría ser útil para mejorar su estratificación al detectar patrones desfavorables de presión arterial. La detección de dichos patrones debería conllevar una intensificación en las medidas higiénico- dietéticas y en el control del resto de FRCV.

#### 7. OBSERVACIONES.

Durante el desarrollo de este proyecto ha sido de destacar la dificultad para poder valorar a estos sujetos, especialmente por su poca disponibilidad para acudir al hospital y la falta de asistencia a las visitas programadas.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/424 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0424

Título  
DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGO CARDIOVASCULAR LEVE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

### 1. TÍTULO

#### DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

##### Autores:

GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, OMISTE SANVICENTE TERESA, PELAY CACHO RAQUEL, JIMENO GRIÑO CARMEN, EGIDO MURCIANO MIGUEL, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, PEREZ LORENZ JUAN BLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Los pacientes con infección por el VIH tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) que la población general y los eventos cardiovasculares con frecuencia se presentan en edades más tempranas. La identificación de los pacientes con elevado RCV es esencial para la adopción de medidas preventivas y debería formar parte de la evaluación clínica habitual de los sujetos infectados por el VIH. Las estrategias para disminuir el RCV incluyen el control de la replicación del virus y la identificación y control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales FRCV, generando gran impacto sobre la mortalidad cardiovascular.

La medida de presión arterial (PA) mediante MAPA es un predictor más sensible del riesgo de eventos cardiovasculares que la medida de PA en consulta. Los patrones de descenso de PA en MAPA más relacionados con eventos cardiovasculares son el patrón non dipper y el extreme dipper. Por ello la MAPA es especialmente útil cuando existe una discordancia entre la PA en consulta y ambulatoria, de cara a evaluar su comportamiento a lo largo del día y su variabilidad. Existen datos procedentes de la literatura que encuentran una elevada prevalencia de patrón non dipper entre los sujetos infectados por VIH.

El estudio con MAPA en los pacientes jóvenes infectados por VIH con RCV leve podría mejorar su estratificación, detectando patrones de PA que impliquen un mayor riesgo. Esto ayudaría a intensificar las medidas profilácticas y terapéuticas pertinentes.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Estratificar el RCV de los enfermos VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca
- Valorar la realización de MAPA en los pacientes VIH menores de 40 años con RCV leve
- Identificar a los sujetos con patrón de MAPA que implique un mayor RCV para poder optimizar su prevención y tratamiento
- Mejorar el diagnóstico de HTA en los enfermos VIH: HTA enmascarada, fenómeno de bata blanca, HTA lábil

##### MÉTODO

Se realizará una evaluación de los pacientes VIH atendidos en la Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge de Huesca que incluirá:

- Historia clínica: antecedentes familiares de primer grado con ECV precoz, antecedentes personales, hábitos tóxicos, estilo de vida y tratamientos.
  - Exploración física incluyendo medida de PA según consenso de ESH/ESC (Sociedad Europea de Hipertensión/ Sociedad Europea de Cardiología), parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro de cintura).
  - Análisis sanguíneo; bioquímica que incluya función renal, filtrado glomerular (FG), ionograma, ácido úrico, glucosa basal (y HbA1C en su caso), perfil lipídico (colesterol total, fracciones HDL y LDL, triglicéridos).
  - Cálculo del RCV mediante escala SCORE a todos los pacientes de la Consulta de Infecciosos. Se excluirán de dicho cálculo los sujetos con ECV establecida.
  - Estudio de MAPA a los sujetos menores de 45 años con RCV leve.
- Se revisará a los pacientes en consulta ambulatoria.

##### INDICADORES

- Número de pacientes VIH atendidos en Consulta de Infecciosos del Hospital San Jorge a los que se les calcula el RCV mediante SCORE (estándar: 80%).
- Número de enfermos VIH con RCV leve calculado mediante SCORE a los que se les realiza MAPA (estándar 80%).
- Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón non dipper.
- Porcentaje de pacientes VIH en los que el MAPA muestra un patrón extreme dipper.

##### DURACIÓN

Se trata de un estudio prospectivo que se llevará a cabo en la Consulta de Infecciosos durante el segundo semestre de 2018 y primer semestre de 2019.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0424

### 1. TÍTULO

#### DETECCION MEDIANTE MAPA DE HIPERTENSION ENMASCARADA EN ADULTOS JOVENES VIH CON RIESGOCARDIOVASCULAR LEVE

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

### 1. TÍTULO

#### MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO MALLÉN DIAZ DE TERAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CALVO BEGUERIA EVA MARIA  
MARQUINA MARTINEZ DIANA  
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL  
INGLES ZAMORA CRISTIAN  
CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE  
JIMENO GRIÑO CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de un protocolo para el manejo de la TVP y TVS en los enfermos atendidos en Urgencias del Hospital San Jorge y Hospital de Jaca, con 5 reuniones entre los componentes del programa, pertenecientes a los Servicios de Radiología, Hematología, Cirugía vascular, Urgencias y Medicina Interna. Tras unificación del coordinador de Urgencias del HJSJ y Hospital de Jaca, se extiende el programa al Hospital de Jaca. Se han realizado 2 sesiones de divulgación del programa.

-Procedimiento para la Gestión de citas de Eco-Doppler venosa para la detección de Trombosis venosa profunda (Servicio de Admisión y Documentación clínica / Proceso de Gestión de citas en consultas externas), de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencias y que entren en el protocolo de TVP para tratamiento ambulatorio, con citación preferente en Servicio de Radiología para realización de Eco-Doppler venoso y consulta específica de Medicina Interna (agenda MITROM, consulta 15)

- Se ha creado agenda en Radiología con hueco a las 11h, para realizar Eco-Doppler venosa a los pacientes incluidos en el programa, los lunes, martes, jueves y viernes.

- Se ha creado nueva agenda específica (MITROM) en Consulta de Medicina Interna, que se atiende en la consulta nº 15 los lunes y los jueves a partir de las 13h, para nuevos diagnósticos y revisiones, con realización de historia clínica completa, exploración física, valoración de TVP provocada o no provocada

- Derivación desde consulta de M. Interna, al Servicio de Hematología para inicio y control de tratamiento anticoagulante oral tras tratamiento con HBPM previo.

-Derivación desde consulta de M. Interna al Servicio de Hematología tras finalización del tratamiento, de los pacientes con criterios para la realización de estudio de Trombofilia

-Derivación desde consulta de M. Interna a Cirugía vascular de los pacientes con síndrome post-flebitico o con TVS, para valoración

- Despistaje en consulta de M. Interna, de neoplasia oculta en pacientes con TVP no provocada que cumplan los criterios para dicho estudio.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras una fase inicial, hasta la realización del protocolo de derivación y asignación de consulta de Medicina Interna con agenda específica (MITROM), se inició la implantación del protocolo el 1 de Octubre.

Del 1 de Octubre de 2018 al 18-2-2019 se han atendido dentro del programa a 35 pacientes con sospecha de TVP, que cumplían los criterios para el manejo ambulatorio, todos ellos con informe de Urgencias en el que se indicaba el diagnóstico e inicio del tratamiento con HBPM.

Los 35 pacientes cumplían todos los ítems de indicación de tratamiento domiciliario de TVP en check list.

No fue preciso en ninguno de los casos la realización de nuevos análisis de control previo a la consulta de M. Interna (MITROM)

En la totalidad de los casos se realizó el estudio de Eco-Doppler antes de 72 h desde el diagnóstico de TVP en Urgencias.

Todos los enfermos fueron citados en Consulta de M. Interna (MITROM) el lunes o jueves siguiente a la realización de Eco-Doppler venoso, intentando juntar las dos citas el mismo día siempre que ha sido posible, en especial en los que residían fuera de la ciudad de Huesca

Ningún paciente fue excluido del programa de tratamiento ambulatorio por negativa del mismo al tratamiento domiciliario.

Durante el mismo periodo de tiempo, se han atendido 10 segundas consultas para revisiones, resultados de pruebas realizadas o suspensión de tratamiento una vez finalizado el tiempo de la indicación de terapia anticoagulante.

En 2 de los pacientes se suspendió en la primera visita en M Interna, la anticoagulación con HBPM, al no confirmarse con Eco-Doppler la clínica de TVP

El número de pacientes que han sido ingresados de Octubre a Diciembre (solo está codificado hasta Diciembre) por no cumplir los criterios del protocolo han sido de 3 en Medicina Interna por TEP asociado y 2 en Cirugía vascular por isquemia crónica y aneurisma .

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La dificultad del proyecto podría estar en la instauración del mismo, al estar implicados diferentes Servicios (Cirugía Vascular, Hematología, Radiología, Urgencias, Medicina Interna y Servicios administrativos), consecuencia de lo cual ha sido el retraso de la implantación hasta el mes de Octubre. Uno de los problemas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

### 1. TÍTULO

#### MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

ha sido conseguir una consulta específica (nº15) durante 2 días a la semana (Lunes y Jueves a las 13h). También hubo una inicial reticencia en alguno de los médicos de Urgencias a la instauración del programa ya que era una patología que siempre había ingresado en Cirugía Vasculat. Posteriormente tras divulgación del Programa y viendo que el realizar tratamiento ambulatorio es la manera mayoritaria en el resto de Hospitales, ha sido asumido por completo. Teniendo en cuenta que siguiendo la actuación previa a la instauración del Programa, estos pacientes ingresaban en el Servicio de Cirugía vascular una media entre 24 y 72h (según si el ingreso era el fin de semana), entendemos que la actuación del programa es coste-efectiva. Más aún cuando dicha Unidad en el Hospital San Jorge ha estado en los últimos años con plazas de facultativos sin cubrir, ante la escasez de especialistas y con gran carga asistencial. Dados los resultados, entendemos que este proyecto aporta una mejora en la calidad de la atención al paciente, que puede realizar tratamiento domiciliario. Además tiene un coste económico bajo, y aún es más rentable teniendo en cuenta los costes de los ingresos no realizados. Otro punto a favor del programa es que la participación del internista le aporta un plus en el diagnóstico de las neoplasias ocultas asociadas a TVP. El tener la consulta desubicada, sin personal de enfermería asignado, y en alguna ocasión dicha consulta ha estado ocupada en el horario asignado por Neurología o por Medicina Preventiva, es otro inconveniente encontrado. Ante el desarrollo de la Medicina Interna en nuestro Hospital y crecimiento de las áreas en que estamos implicados, el tener una sola consulta (nº29) resulta totalmente insuficiente; dotar al Servicio de una segunda consulta contigua, que podría ser atendida a la vez por el mismo personal de enfermería solucionaría la situación, que reiteradamente se ha solicitado. El Programa de mejora de la calidad para la atención integral durante el proceso desde consultas externas al paciente con TVP y TVS, evitando ingreso hospitalario está instaurado desde el 1 de Octubre 2019 y entendemos que dados sus resultados debe tener continuidad.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/579 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0579

Título  
MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

Autores:  
MALLÉN DIAZ DE TERÁN MARIO, CALVO BEGUERÍA EVA MARIA, MARQUINA MARTÍNEZ DIANA, LACALLE AICUA LAURA, PÉREZ CLAVIJO GRETEHEL, INGLÉS ZAMORA CRISTIAN, CARMONA ESCRIBANO MARIA DEL VALLE, GIMENO GRIÑO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La enfermedad tromboembólica venosa (ETE), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP) es un problema de salud pública importante. Según los datos del Registro informatizado RIETE, en España la incidencia anual de ETE es de 0.16 por 1000 personas. Los resultados de ensayos clínicos en los que se compara el tratamiento ambulatorio con HBPM con el tratamiento hospitalario con heparina no fraccionada intravenosa en la fase aguda de la TVP aislada demuestran incidencias similares de hemorragia y recidiva tromboembólica. Evitando al paciente la morbimortalidad y riesgo de infecciones que conlleva el ingreso hospitalario. Por otro lado, el TEP es una enfermedad potencialmente grave, siendo responsable de un 4-10% de todos los fallecimientos hospitalarios. Es por ello, muy importante realizar protocolos consensuados para la correcta sospecha de ETE en urgencias que garanticen el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes con sospecha de ETE a fin de evitar morbimortalidad y asegurar el correcto seguimiento de estos pacientes.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0579

### 1. TÍTULO

#### MANEJO AMBULATORIO (DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO) DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL

##### RESULTADOS ESPERADOS

- ? Realizar un protocolo de derivación a consultas externas de pacientes con ETEV, excluyendo a los pacientes de alto riesgo que requieran ingreso.
- ? Difusión de dicho protocolo entre los servicios implicados
- ? Realizar protocolos de seguimiento ambulatorio coordinados desde Medicina Interna que incluyan valoración por los servicios de Cirugía Vasculuar y Hematología. Que deriven en lo posible en un diagnóstico etiológico.

##### MÉTODO

- Se aplicará a todos los enfermos atendidos y diagnosticados de TVP en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge. Incluirá
- Historia clínica completa incluyendo: antecedentes personales (sexo, edad, tabaquismo) y familiares de TVP, posibles causas precipitantes del proceso (inmovilizaciones, cirugía reciente, hospitalización previa, fracturas, tratamiento hormonal, embarazo, puerperio, proceso neoplásico activo, enfermedades autoinmunes...) exploración física completa (IMC).
  - Analítica: bioquímica (Incluido función renal con filtrado glomerular (FG) / y función hepática (GOT, GPT, LDH), hemograma, coagulación, INR, TTPA, D dímero. Valorar gasometría arterial si saturación <95 %.
  - ECG. RX tórax. Eco Doppler venosa (si fuera posible). -AngioTAC si sospecha tras valoración completa de embolia pulmonar asociada o TEP
- Se deberá aplicar la probabilidad clínica pre-test ante cualquier sospecha de ETEV con el índice Wells para TVP; <https://samuc.es/calculadores-medicos>.
- Valoración en Consultas Externas de los pacientes identificados según el protocolo a desarrollar
  - Se iniciará tratamiento anticoagulante en el S. Urgencias. Según protocolo.

##### INDICADORES

- ? Realización del Protocolo
- ? Número de enfermos atendidos en el S de Urgencias con sospecha de TVP a los cuales se les haya derivado a consultas externas por cumplir los criterios de inclusión.
- ? Número de pacientes que han precisado ingreso por no cumplir los criterios de inclusión y/o cumplir criterios de exclusión

##### DURACIÓN

Se iniciaran las reuniones en Mayo de 2018, evaluándose en el primer trimestre de 2019

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0404

### 1. TÍTULO

#### ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA SALVATIERRA DOMPER  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA  
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA  
RODRIGUEZ ZAMORA MARIA JESUS  
ARAZO RIVAS JANA  
MORENO MEJIA ANA GRACIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL 4/6/2018 COMENZÓ A APARECER LA ALERTA DE GERMEN MULTIRRESISTENTE EN EL PCH DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SAN JORGE DE HUESCA.  
LA ALERTA CONSISTE EN UN ICONO QUE APARECE EN LA PANTALLA DEL PCH CUANDO SE REALIZA EL TRIAJE DEL PACIENTE. DICHA ALERTA INDICA QUE HA TENIDO UN GERMEN MULTIRRESISTENTE EN UN CULTIVO EN EL ÚLTIMO AÑO, CON LO QUE EL PROFESIONAL PONDRÁ EN MARCHA EL PROTOCOLO EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DESDE EL 4/6/2018 HASTA EL 4/12/2018 ACUDIERON AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA 96 PACIENTES CON ANTECEDENTES DE GERMEN MULTIRRESISTENTES EN EL ULTIMO AÑO, DE LOS CUALES, A 90 DE ELLOS, SE LES APLICARON LAS PRECAUCIONES SEGÚN PROTOCOLO, YA DESDE SU ENTRADA AL SERVICIO DE URGENCIAS.  
NOS MARCAMOS COMO OBJETIVO, QUE EL 90% DE ESOS PACIENTES CON ALERTA EN EL PCH SE LES APLICARAN LAS MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN EL PROTOCOLO VIGENTE EN NUESTROS CENTROS.  
CON LOS REGISTROS UTILIZADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, DICHO OBJETIVO HA TENIDO UN CUMPLIMIENTO DEL 93.75%, QUE CONSIDERAMOS MUY SATISFACTORIO.  
EN CUANTO AL HOSPITAL DE JACA, EL PORCENTAJE OBTENIDO ES DEL 100%, PERO EL PERIODO DE ESTUDIO ES INFERIOR A LOS 6 MESES (7/8/2018 AL 4/12/2018), YA QUE NUESTRA UNIDAD NO TUVO ACCESO AL PCH DE DICHO HOSPITAL PARA PODER REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DIARIA HASTA ESA FECHA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CON LA INTRODUCCIÓN DEL ICONO DE GMR EN EL PCH DE NUESTROS HOSPITALES HEMOS CONSEGUIDO LA DETECCIÓN PRECOZ DE LOS PACIENTES LO QUE HA PERMITIDO QUE LOS PROFESIONALES APLIQUEN LAS PRECAUCIONES ADECUADAS TANTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS COMO EN EL TRASLADO DEL MISMO A CUALQUIER UNIDAD O SERVICIO CENTRAL, PARA EVITAR LAS TRANSMISIONES CRUZADAS, PROTEGIENDO AL RESTO DE PACIENTES.  
SE HA CONSEGUIDO TAMBIÉN UNA MAYOR IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE TRATAR A DICHS PACIENTES.  
POR ÚLTIMO, NOS PARECERÍA INTERESANTE Y AYUDARÍA AL SERVICIO DE URGENCIAS, QUE LA ALERTA DEL PCH CONCRETARA EL TIPO DE GERMEN MULTIRRESISTENTE DEL QUE SE TRATA, CUANDO NO SEA SARM Y LA FECHA DEL ÚLTIMO RESULTADO POSITIVO.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/404 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0404

Título  
ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

Autores:  
SALVATIERRA DOMPER SUSANA, MATEOS FERNANDEZ-ARROYO NURIA, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS, ARAZO RIVAS JANA, MORENO MEJIA ANA GRACIELA, ARRAZOLA ALBERDI OIHANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIAS  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0404

### 1. TÍTULO

#### ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS AUTOMATIZADAS PARA GERMEN MULTIRRESISTENTE POR PCH EN LOS HOSPITALES DE SAN JORGE Y DE JACA

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
ADQUIRIR UN GERMEN MULTIRRESISTENTE REPERCUTE EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE, EN LA MORBI-MORTALIDAD QUE OCASIONAN Y EN EL COSTE ECONÓMICO QUE ESTO SUPONE.  
EN LA APARICIÓN Y DIFUSIÓN DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS INFLUYEN DOS FACTORES IMPORTANTES QUE SON: LAS MEDIDAS DE CONTROL DE COLONIZACIÓN/INFECCIÓN Y LA PRESIÓN SELECTIVA DE LOS ANTIMICROBIANOS. CON ESTE SISTEMA DE ALERTA PODEMOS MEJORAR EL CONTROL DE DICHS PACIENTES.

RESULTADOS ESPERADOS  
DETECTAR Y AISLAR A LOS PACIENTES PORTADORES DE GMR EN EL ÚLTIMO AÑO CONSIGUIENDO UN MAYOR CONTROL DE LOS MISMOS DE FORMA PRECOZ Y FACILITANDO EL TRABAJO AL RESTO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL

MÉTODO  
CUANDO APAREZCA LA ALERTA, ÉSTA PUEDE APARECER COMO SARM U OTRO GMR Y ES ENTONCES CUANDO EL PROFESIONAL DEBE DE CONSENSUAR DICHA ALERTA CON EL PROTOCOLO DE GMR EXISTENTE EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS.  
SE ESTABLECERÁ UN CIRCUITO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS TRES SERVICIOS IMPLICADOS: SERVICIO DE MICROBIOLOGÍA, URGENCIAS Y LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA, SIENDO ÉSTA ÚLTIMA, LA ENCARGADA DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS.

INDICADORES  
PORCENTAJE DE PACIENTES DETECTADOS CON ALERTA CON MEDIDAS ADECUADAS SEGÚN PROTOCOLO/ TOTAL DE PACIENTES CON ALERTA.  
SE PRETENDE CONSEGUIR UN PORCENTAJE =90%

DURACIÓN  
EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS E INTRODUCCIÓN DE MEDIDAS CORRECTORAS: 6 MESES

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

### 1. TÍTULO

#### INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARRIBAS GARCIA  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ANGULO LOPEZ ITZIAR  
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION  
MALO PINTADO SUSANA  
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA  
OSTA PEREZ MERCHE  
GRACIA LOSILLA EVA  
PINILLA MAINAR CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emiten informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello, en primer lugar, desde el 1 de enero de este año, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, se procede a informar su visión directa por tinción GRAM. En segundo lugar, a partir del 1 de marzo de este año, en aquellas muestras que el equipo de incubación de hemocultivos indica que son positivas antes de las 10 de la mañana, y que por lo tanto nos permite llevar a cabo el procedimiento necesario, se procede a la identificación precisa del microorganismo presente en dicho cultivo mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF. A partir de esta identificación se están realizando informes en un lapso de tiempo de 4-6horas respecto al emitido con la visión de gram. Con dichos informes los facultativos correspondientes adecuan el tratamiento antibiótico para que éste sea más dirigido. Para dejar registro de la actividad y poder explotar los indicadores, se está procediendo al registro de las horas a las que se realiza el primer y el segundo informe en el sistema informático del laboratorio.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos (desde 01/01/2018). Objetivo: >85%  
Resultados alcanzados: 100%

Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-ToF/Total de hemocultivos positivos (desde 01/03/2018). Objetivo: >50  
Resultados alcanzados: 51,18%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El indicador referido al informe preliminar de la identificación ha sido algo por debajo de lo esperado pero sin embargo dentro del objetivo propuesto para este primer año de implantación.

Sobre un total de 297 hemocultivos positivos entre el 01/03/2019 y 31/12/2018, se ha podido efectuar una identificación preliminar en 152. De media se ha efectuado la identificación con una deficiencia de 3,6h +/- 0,8 respecto a la visión directa de tinción gram.

Esta identificación precoz ha permitido orientar la terapéutica antimicrobiana en todos los pacientes mencionados gracias a la colaboración con el Grupo PROA del Hospital San Jorge. Gracias a la metodología de trabajo de este grupo y el ágil flujo comunicativo, toda identificación precoz ha sido notificada al médico responsable de cada uno de los pacientes, ofreciendo asesoramiento a cerca de la conducta adoptar en aquellos casos en que dicho médico así lo solicitaba. A medio plazo podrán hacerse estudios epidemiológicos que muestren la efectividad de este procedimiento a la hora de prevenir la aparición de multirresistencias, gracias a la minimización de el uso de terapias empíricas con antibióticos de amplio espectro.

Por otro lado los 145 hemocultivos restantes no han podido identificarse de forma precoz principalmente debido a la ausencia de atención continuada en horario de tardes y festivos en el Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Para poder llevar a cabo esta identificación, es necesaria una incubación previa del subcultivo realizado en medio sólido a partir del frasco positivo de hemocultivo de 4horas. Esto hace que aquellos hemocultivos positivos más tarde de las 10 de la mañana no puedan ser objeto de este procedimiento.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/479 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479

### 1. TÍTULO

#### INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Nº de registro: 0479

Título  
INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)

Autores:  
ARRIBAS GARCIA JORGE, ANGULO LOPEZ ITZIAR, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, MALO PINTADO SUSANA, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, OSTA PEREZ MERCHE, GRACIA LOSILLA EVA, PINILLA MAINAR CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Actualmente se ha demostrado la importancia de la llamada medicina personalizada, basada en utilizar el fármaco adecuado para la persona indicada en el momento oportuno. En las enfermedades infecciosas, un diagnóstico ágil, acertado y un tratamiento apropiado son esenciales tanto para la curación del paciente como para disminuir su morbimortalidad. Hasta ahora los pacientes con Bacteriemias debían esperar entre 24/48h desde que el frasco de hemocultivo resultaba positivo hasta que se identificaba el germen causante, tiempo en ocasiones excesivo.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Recientemente se ha implantado en el Hospital San Jorge un grupo de PROA mediante el que se pretende racionalizar y optimizar el uso de los antibióticos, adecuando su espectro y duración al patógeno así como al foco infeccioso. Desde el Laboratorio de Microbiología se lleva a cabo un apoyo constante a dicho grupo, tratando en todo momento de perfeccionar los métodos utilizados para identificar las etiologías de las enfermedades infecciosas. Entre otras cosas aspira cada día a agilizar los procesos, aspecto que condiciona la evolución clínica de los pacientes, su estancia hospitalaria así como la probabilidad de error en el tratamiento empírico. En el laboratorio de Microbiología, se incorporó la técnica de espectrometría (MALDI-ToF) el 1 de Marzo de 2018. Esta técnica proteómica, basada en el estudio y caracterización del conjunto de proteínas expresadas por un genoma microbiano, destaca por su rapidez y fiabilidad en la identificación de microorganismos, así como su bajo coste en reactivos. La implementación de esta técnica, junto con las técnicas de tinción a partir de Hemocultivos positivos, nos brinda la oportunidad de elaborar informes preliminares a los clínicos responsables de los pacientes afectados de patologías infecciosas. Estos informes ayudarán significativamente a una adecuada prescripción en la terapia antibiótica con todo lo que ello implica en cuanto a pronóstico y consumo de recursos sanitarios.

**MÉTODO**  
Se va a implementar un nuevo procedimiento en el Laboratorio de Microbiología, mediante el cual se emitirán informes preliminares en pacientes con Bacteriemias. Para ello se pretende, en primer lugar, a partir de frasco de Hemocultivo positivo, informar su visión directa por tinción GRAM y, en segundo lugar, mediante la aplicación de la técnica MALDI-ToF en esas mismas muestras positivas de hemocultivos, realizar informes concretando la identidad del patógeno infeccioso, ambos informes en un lapso de tiempo de 4-6horas entre uno y otro. Esto nos permitirá adelantar incluso en 48/72 horas el resultado de la identificación microbiana si se compara con la identificación bioquímica clásica y en 24 horas si se compara con la identificación mediante MALDI-ToF a partir de colonias bacterianas o fúngicas, lo que tiene un impacto clínico evidente, ofreciendo la posibilidad de implementar un tratamiento antimicrobiano precoz más dirigido en los pacientes con sepsis.

**INDICADORES**  
Nº hemocultivos con informe preliminar de visión de tinción GRAM /Total de hemocultivos positivos  
Objetivo: >85%  
Nº hemocultivos con informe preliminar de identificación por Maldi-TOF/Total de hemocultivos positivos  
Objetivo: >50%

**DURACIÓN**  
Se registrarán los indicadores en el Ssistema informático del laboratorio (SIL) y se explotarán una vez al año.  
-Comienzo registro gram preliminar: 1 de Enero 2018

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0479**

**1. TÍTULO**

**INFORMES PRELIMINARES EN HEMOCULTIVOS POSITIVOS MEDIANTE TINCION DE GRAM Y ESPECTROMETRIA DE MASAS (MALDI-TOF)**

- Comienzo registro Mald-TOF preliminar: 24 Abril 2018.
- Explotación resultados: Enero 2019.

OBSERVACIONES

-

Valoración de otros apartados

- MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....
- DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....
- MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....
- GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .....
- ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

### 1. TÍTULO

#### ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ITZIAR ANGULO LOPEZ  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARRIBAS GARCIA JORGE  
MAIRAL CLAVER PILAR  
CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS  
PALACIO SIN MARIA DE LA O  
UBIETO ROLDAN ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha planificado un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de Microbiología.

-05/09/2018 Sesión clínica Sección Orinas; M<sup>a</sup> Pilar Mairal Claver: Novedades sección urocultivos (futuro cribador de orinas y posible nueva rutina).  
-12/09/2018 Sesión clínica Sección Hemocultivos. Jorge Arribas García: Novedades introducidas en la sección (comentarios mapa de resistencias, registro horas positividad frascos, registro horas informe identificación grupo PROA, etc.).  
-19/09/2018 Sesión clínica Sección Genital y E.T.S; Ana Betrán Escartín: Caso clínico, vaginitis por P.multocida en paciente con CA genital.  
-26/09/2018 Sesión clínica Sección Serología Hepatitis; Luis Torres Sopena: Actualización en posibles patrones serológicos de Hepatitis A, B, C, y E.  
-03/10/2018 Sesión clínica Sección coprocultivos; M<sup>a</sup> Pilar Mairal Claver: Incremento de casos por Campylobacter coli en el último semestre.  
-10/10/2018 Sesión clínica Sección Epidemiología; Jorge Arribas García: Filtros de retenciones antibióticas implementadas en el SIL.  
-17/10/2018 Sesión clínica Sección Piel y Partes Blandas; Ana Betrán Escartín: Caso clínico Actinomyces Peni R en onfalitis en niño de 9 años.  
-24/10/2018 Sesión clínica Sección Diagnóstico Molecular; Luis Torres Sopena: Brote de Sarampión.  
-07/11/2018 Sesión clínica Sección Parásitos; M<sup>a</sup> Pilar Mairal Claver: Exposición caso clínico "Paciente fallecida por shock anafiláctico relacionado con Hidatidosis de 20 años de evolución.  
-14/11/2018 Sesión clínica Sección Bacteriología Respiratoria; Jorge Arribas García: Control ambiental de Bronoscopios. A proposito de una serie de casos de broncoaspirados positivos a P.aeruginosa de posible origen en el dispositivo.  
-21/11/2018 Sesión clínica Sección Micobacterias; Ana Betrán Escartín: Evaluación del Control de Calidad Externo trimestral (MB-2/18): Por qué de resultado no esperado en dicho control.  
-28/11/2018 Sesión clínica grupo PROA; Luis Torres Sopena: Presentación de nueva tabla para registro de pacientes con bacteriemias intervenidos en grupo PROA.  
-12/12/2018 Sesión clínica Sección Líquidos Biológicos; Ana Betrán Escartín: Caso clínico de Meningitis asociada a anestesia epidural.  
-19/12/2018 Sesión clínica Serología de Virus respiratorios; Luis Torres Sopena: Actualización y recordatorio de protocolos y procedimientos en puertas de la temporada de Gripe.

Dichas sesiones constan de una presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.  
Tras cada sesión, se lleva a cabo un turno de ruegos y preguntas que permite la interacción entre los docentes y discentes para llegar a una resolución conjunta o elaboración de conclusiones. Al finalizar la sesión, se realiza una encuesta de satisfacción de la actividad así como un registro de asistencia por parte de los discentes(firmas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%. Resultado 100%  
-Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.  
Resultado 100%  
-Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).  
Resultado 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han podido llevar a cabo todas las sesiones planificadas y con asistencia total por parte del personal. Ha sido importante en la consecución de los objetivos el haber consensado previamente los días en los que se iban a impartir dichas sesiones con todo el personal así como el haber acreditado estas sesiones, lo cual ha

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

### 1. TÍTULO

#### ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

propiciado una motivación extra para todo él. Esta asistencia ha redundado en una formación global de todo el personal y creemos que en una mejora en la calidad del servicio prestado por cada uno de nosotros.

En cuanto a los aspectos mejorables, se ha planteado el incorporar medios audiovisuales (tipo proyector o pantalla de TV grande) que faciliten las presentaciones llevadas a cabo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/503 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0503

Título  
ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Autores:  
ANGULO LOPEZ ITZIAR, ARRIBAS GARCIA JORGE, MAIRAL CLAVER PILAR, CHAVARRIGA PENELLA JOSE LUIS, PALACIO SIN MARIA DE LA O, UBIETO ROLDAN ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La necesidad de planificar un programa de sesiones multidisciplinares en el Servicio de Microbiología nace de las peticiones reiteradas de los distintos profesionales que trabajan en la Unidad, de hecho se ha sugerido en entrevistas personales con los miembros de la plantilla en numerosas ocasiones.

Las sesiones multidisciplinares dentro de los servicios desempeñan un papel cada vez más importante como punto de encuentro para que los miembros sanitarios del servicio puedan interactuar y aprender unos de otros.

Así mismo, muchos de los contenidos de las sesiones semanales obedecen a la necesidad de hacer partícipe al servicio de nuevas evidencias científicas que necesitan de ser implementadas en la práctica diaria, así como de la revisión del Servicio de nuevas metodologías de trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS  
El objetivo general del programa de sesiones multidisciplinares es disponer de una herramienta de mejora del personal sanitario a través de la Formación Continuada y Reciclaje de los profesionales.

Los objetivos más específicos de este programa de sesiones serían:

- Compartir las actualizaciones diagnóstico-terapéuticas en los procesos infecciosos más prevalentes y que generan actuación multidisciplinar coordinada.
- Favorecer la comunicación entre los miembros del Servicio, facilitando además la interacción entre distintos Servicios y Unidades de nuestro hospital.
- Proporcionar actualización en procesos diagnósticos en enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- Actualizar los conocimientos en investigación sanitaria.
- Comunicar los diferentes procedimientos, normas de actuación, procesos y protocolos relevantes para todos los profesionales del servicio.
- Fomentar el uso de las guías y protocolos clínicos.
- Potenciar el feed-back de la información a los profesionales del servicio.

MÉTODO  
Se planificará un calendario de sesiones semanales impartidas por los facultativos especialistas de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0503

### 1. TÍTULO

#### ACREDITACION DE SESIONES CLINICAS MULTIPROFESIONALES EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE (HUESCA)

Microbiología, basándonos en la siguiente metodología:

- Presentación/exposición por parte de un miembro del servicio (FEA) de una actualización sobre el tema utilizando los recursos audiovisuales del Servicio.
- Tras cada sesión, se abrirá un turno de ruegos y preguntas que permita la interacción entre los docentes y discentes y resolución conjunta o elaboración de conclusiones.
- Al finalizar la sesión, se realizará una encuesta de satisfacción de la actividad.
- Asimismo se cumplimentará por parte de los discentes una hoja de asistencia (firmas).

#### INDICADORES

- Impartir las sesiones clínicas planificadas según el calendario: >90%.
- Asistencia mínima requerida de los miembros de la plantilla, acreditada por la hoja de firmas tras cada sesión: 80%.
- Encuesta de satisfacción con sugerencias de forma anónima, valoración al profesorado y aplicación práctica de lo aprendido: valoración igual o >7 (nota sobre 10).

#### DURACIÓN

Inicio de la actividad: 01-09-2018.

Periodicidad semanal de las sesiones programadas.

Finalización de la actividad: 31-12-2018.

Evaluación del proyecto: Enero de 2019. Revisión de la asistencia requerida y valoración del programa de sesiones mediante las encuestas de satisfacción.

#### OBSERVACIONES

-

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA MUNGUIA NAVARRO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FELEZ JUSTES ISABEL  
INGLES SANZ CRISTIAN  
MONTUEGA GRACIA JUDITH  
TENA RAMOS GLORIA  
VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha compuesto el grupo de trabajo, responsable de la monitorización y vigilancia del acceso vascular.
- Se ha elaborado el Protocolo de monitorización con métodos de segunda generación (anexo I)
- Se han medido los indicadores con la periodicidad establecida.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:

- Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis.
- Estandarizar los métodos de monitorización del acceso entre el personal de enfermería.
- Incluir métodos de segunda generación en la valoración de las FAV.
- La tasa de trombosis de FAV anual entra dentro de los estándares de calidad.

#### OBJETIVOS ESPERADOS:

- 1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual. Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año: Tasa anual de trombosis: 0.20 trombosis/paciente/año
- 2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral. Estándar: > 90%: 95%
- 3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativas con estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeables después del año. Periodicidad: anual. Estándar: > 50% al año: 100%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El acceso vascular es fundamental para una hemodiálisis óptima. En el año 2017 se publicaron las nuevas Guías del acceso vascular, y el capítulo 7 de las mismas está dedicado a Indicadores de calidad en Hemodiálisis. En nuestra Unidad a través de este Protocolo de calidad queremos conocer la situación actual de las fístulas arteriovenosas nativas.

Los resultados han sido satisfactorios, aunque mejorables. La tasa anual de trombosis del acceso vascular ha sido algo superior a las últimas recomendaciones del Grupo Interdisciplinar español del acceso vascular: 0.2 trombosis/paciente/año frente a una tasa < 0.15 recomendado. Es importante señalar que otras guías clínicas del acceso vascular establecen una tasa de trombosis máxima de FAVn < 0.25, siendo más estricto en España ya que en algunos registros la tasa era menor.

Se ha integrado a la práctica clínica habitual de la Unidad la monitorización del acceso vascular mediante métodos de segunda generación y se ha reforzado los métodos de monitorización de primera generación, todo ello hace que este proyecto de mejora se continúe realizando y forme parte de la actividad habitual en hemodiálisis.

#### 7. OBSERVACIONES.

Señalar que, según el organigrama inicial, el protocolo y la instrucción de la vigilancia del acceso vascular se realizó en junio de 2018 y la primera medida del Qa (flujo del acceso vascular) se realizó en julio, cuando además ya habían ocurrido 2 de las 3 trombosis de FAV que hemos tenido en la Unidad. Por tanto, esperamos que, en adelante, esto no ocurra gracias a los sistemas de vigilancia.

SUGERENCIAS: El proyecto de mejora iba dirigido a la FAV nativa, ampliaremos los métodos de monitorización y vigilancia a las FAV protésicas.

#### ANEXO I: PROTOCOLO ENFERMERÍA MEDICIÓN FLUJO ACCESO VASCULAR-MÓDULO BTM® (TERMOMODIFICACIÓN)

1. Asegurarnos que puncionamos las dos agujas (arterial y venosa) sobre una misma vena.
2. Realizar la exploración SIN On-Line, Qb 300 mL/min y Flujo de baño 500 ml/min.
3. Anotar el Qb efectivo (mL/min)
4. Anotar la 1ª Recirculación obtenida con las líneas en posición invertida (Rx) %
5. Invertir las líneas de hemodiálisis.
6. Activar de forma manual la medición de la 2ª recirculación con las líneas en posición normal.
7. Anotar la 2ª Recirculación obtenida con las líneas en posición normal (Rn) %
8. Fijar los parámetros de hemodiálisis según la prescripción habitual.
9. Entrar en el programa informático de Hemodiálisis (Nefrolink) > Abrir paciente > Acceso vascular > Vigilancia > Nuevo > Anotar los datos de la sesión (Rn, Rx y Qs) > Aceptar.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437

### 1. TÍTULO

#### MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/437 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0437

Título  
MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS

Autores:  
MUNGUIA NAVARRO PAULA, FELEZ JUSTES ISABEL, INGLES SANZ CRISTIAN, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, VIÑUALES LAVIÑA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades renales  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
El acceso vascular para hemodiálisis es esencial para el enfermo renal tanto por su morbimortalidad asociada como por su repercusión en la calidad de vida.  
El objetivo de la monitorización y vigilancia de la fistula arteriovenosa (FAV) es diagnosticar precozmente la patología de la FAV. La trombosis irreversible de la FAV ocasiona una serie de consecuencias negativas para el paciente prevalente que sigue un programa de Hemodiálisis (HD): reducción del capital venoso, necesidad de la implantación de un catéter venoso central (CVC), menor eficacia de la HD, posible estenosis o trombosis de venas centrales, y la construcción de una nueva FAV. Todo ello incrementa la frecuencia de hospitalización, la morbimortalidad y el gasto sanitario del paciente en HD crónica.  
Los métodos o técnicas de cribado o screening para el diagnóstico precoz de la estenosis significativa de la FAV se clasifican en 2 grandes grupos, y se recomienda emplear ambos en las últimas Guías del Acceso Vascular, para la vigilancia de la FAV. Los métodos de primera generación incluyen la monitorización clínica durante la sesión (exploración física, problemas durante la sesión de HD), determinación del porcentaje de recirculación, disminución de la adecuación de la HD, etc. Los métodos de segunda generación permiten calcular el flujo sanguíneo (QA) de la FAV e incluyen los métodos de cribado dilucionales y la ecografía Doppler, presentado ambos un rendimiento equivalente en cuanto a la determinación del flujo del acceso vascular. El método de cribado dilucional, puede calcularse con los monitores de la Unidad de HD actual, sin embargo no se emplean.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Protocolizar y estandarizar la valoración de la FAV en hemodiálisis. Incluir métodos secundarios de valoración de la FAV en la Unidad de Hemodiálisis. Disminuir el número de trombosis de FAV en pacientes prevalentes en hemodiálisis. Mejorar la funcionalidad de la FAV.

**MÉTODO**  
En una primera fase, componer un grupo de responsables del acceso vascular (enfermería y facultativos), encargado de la monitorización final del acceso vascular. En una segunda fase, elaboración de un protocolo e instrucción al personal de enfermería sobre los métodos de monitorización del acceso vascular, para unificar su evaluación y registro, así como implantar la técnica de segunda generación (Cribado dilucional) en la Unidad de HD.

**INDICADORES**  
(Según recomendaciones Guías del Acceso Vascular para Hemodiálisis publicadas en la Revista Nefrología en 2017 del Grupo Español multidisciplinar del Acceso Vascular)  
1.- Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Periodicidad: anual. Estándar: < 0,15 trombosis/paciente/año.  
2.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Periodicidad: Cuatrimestral. Estándar: > 90%.  
3.- Porcentaje de fístulas arteriovenosas nativas con estenosis significativa, no trombosada, reparadas quirúrgicamente que siguen permeables después del año. Periodicidad: anual. Estándar: > 50% al año.

**DURACIÓN**  
Elaboración del protocolo e instrucción: mayo- junio 2018. Recogida de datos: Se registrará el QA en el programa informático (Nefrolink) de forma bimensual, en la pestaña de "Vigilancia del acceso vascular". Evaluación de los datos: trimestral (enero, abril, julio y octubre de cada año)

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0437**

**1. TÍTULO**

**MONITORIZACION Y VIGILANCIA DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS EN HEMODIALISIS**

OBSERVACIONES

Se aplicará a todos los pacientes en hemodiálisis portadores de FAV.

Valoración de otros apartados

- 
- MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....
  - DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....
  - MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....
  - GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..
  - ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1035

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BEIRED VAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BERGUA AMORES CARLOS  
UTRILLA PEREZ MARTA  
MONTUENGA GRACIA JUDITH  
TENA RAMOS GLORIA  
QUILEZ PEREZ LUCIA  
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
En junio de 2018 se realizó la primera reunión con el equipo implicado en el desarrollo del plan de calidad. Se impartió una sesión clínica informativa con el título "Nutrición en el paciente con enfermedad renal crónica". Se realizó una hoja de registro de datos aportando: datos demográficos, comorbilidad, parámetros de diálisis, datos analíticos, parámetros antropométricos y tratamiento habitual. Además se valoró la calidad de vida mediante el kdqol-36 y se realizó una encuesta dietética. En julio se realizó la primera valoración de los pacientes y posteriormente cada 3 meses.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se han valorado un total de 52 pacientes (95% del total) en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Jorge. Al inicio del estudio, la prevalencia de síndrome de desgaste proteico-energético era del 19% (10 pacientes). En todos ellos se intervino con consejos higiénico dietéticos usando las recomendaciones de las guías de la Sociedad Española de Nefrología y material aportado de la asociación de enfermos renales (ALCER). Los indicadores utilizados para la detección del SDPE son los propios de su diagnóstico. En comparación con otros estudios nutricionales en pacientes renales, nuestra prevalencia es baja puesto que en algunos puede llegar a alcanzar hasta el 30-40%. En las revisiones posteriores realizadas cada 3 meses, el porcentaje de pacientes con dicho síndrome no se había modificado a pesar de instaurar medidas dietéticas apropiadas posiblemente por la importante comorbilidad asociada e incidencias clínicas transcurridas durante el año (infecciones, intervenciones quirúrgicas...)-

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La valoración del estado nutricional y la detección del síndrome de DPE es esencial en los pacientes con enfermedad renal crónica y aún más en los pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Es imprescindible la actuación e implicación del personal de enfermería tanto para su detección y tratamiento, por lo que es de gran importancia su formación en nutrición específica en el paciente renal. En nuestro proyecto, las enfermeras han sido las encargadas de llevar a cabo todas las mediciones antropométricas y de realizar las recomendaciones nutricionales, por lo su implicación ha sido máxima, conllevando un gran aprendizaje en dicha materia e implicación. Desde la Unidad de Hemodiálisis se considera que tras la realización de este proyecto, se debe hacer extensible al resto del personal de enfermería y así instaurar dicha práctica en la rutina diaria de su trabajo.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1035 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1035

Título  
VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:  
BEIRED VAL INES, BERGUA AMORES CARLOS, UTRILLA PEREZ MARTA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, TENA RAMOS GLORIA, QUILEZ PEREZ LUCIA, SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1035

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE ESTADO NUTRICIONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En 2008, la Sociedad Internacional de Nutrición Renal y Metabolismo (ISRNM) propuso la adopción del término protein-energy wasting (síndrome de desgaste proteico-energético, DPE) como nomenclatura unificadora y punto de partida hacia un mejor conocimiento y tratamiento de los problemas nutricionales en el paciente urémico. El término DPE intenta aunar en una sola entidad patológica las múltiples alteraciones nutricionales y catabólicas que acontecen en la enfermedad renal crónica y que conllevan la pérdida gradual y progresiva de masa tanto muscular como grasa. Es un síndrome común, especialmente a partir del estadio 4-5 de ERC, que está presente en el 30-60 % de los pacientes en diálisis. Las consecuencias clínicas del DPE pueden ser graves y reclaman un tratamiento rápido y efectivo, puesto que se asocia a un incremento de la mortalidad tanto global como cardiovascular, del número de infecciones e ingresos, y a otras muchas comorbilidades.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar el estado nutricional mediante los actuales criterios del síndrome de DPE en los pacientes en hemodiálisis al inicio del tratamiento renal sustitutivo y cada 3 meses. Los criterios del DPE se basan en: criterios bioquímicos, masa corporal, masa muscular e ingesta dietética. Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.

#### MÉTODO

Educar en la indentificación y manejo de problemas nutricionales al personal médico y de enfermería. Instaurar en la unidad de hemodiálisis un protocolo de valoración del síndrome de DPE y su seguimiento. Consensuar la intervención dietética y nutricionales en el paciente detectado.

Estudio observacional sobre la población en hemodiálisis en el Hospital San Jorge, para lo que se realizará:

- 1.- Creación del grupo de trabajo, consensuar el protocolo y formación de los miembros implicados.
- 2.- Elaboración de base de datos.
- 3.- Establecer las medidas dietéticas y nutricionales adecuadas.

#### INDICADORES

Determinación de la incidencia y prevalencia del síndrome de DPE en la unidad de hemodiálisis. Porcentaje de pacientes en los que se haya intervenido con medidas dietéticas y con medidas dietéticas y aportes nutricionales.

#### DURACIÓN

- 1.- Sesión informativa, distribución de trabajo y elaboración del protocolo: junio de 2018.
- 2.- Primera valoración y seguimiento: julio 2018, octubre 2018, enero 2019.
- 3.- Análisis de los resultados: febrero de 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FELEZ JUSTES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CAJARAVILLE ASO PILAR  
CHARTE ALEGRE MARIA ELENA  
GARCIA CALVO ANGEL  
QUINTANA VELASCO CARMEN  
BEIRED VAL INES  
MUNGUA NAVARRO PAULA  
BERGUA AMORES CARLOS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se constituyó el equipo de mejora y se coordinó con Atención primaria unas reuniones para abordar los puntos a tratar del protocolo. Durante los meses de Septiembre y Octubre del 2018 se ha redactado un documento de consenso entre el servicio de Nefrología del Hospital San Jorge y Atención Primaria con la finalidad de mejorar la detección, derivación y seguimiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) desde Atención Primaria a Especializada. Dicho documento fue enviado a finales de Noviembre del 2018 a todos los coordinadores de Atención Primaria del Sector de Huesca que pusieron en conocimiento a los facultativos de sus centros y que sirve como guía para el manejo de la ERC. Se supervisó con cada uno de los coordinadores que había sido recibido y dado máxima difusión. También se expuso un tiempo para aclarar dudas sobre el mismo y que las notificaran (el documento puede ser solicitado para su revisión). A finales de Noviembre del 2018 se puso en marcha consulta virtual (interconsulta primaria). Los médicos de atención primaria, usando el documento de consenso como guía, realizan sus interconsultas y solicitan las derivaciones pertinentes. Todas estas acciones descritas nos han permitido establecer un circuito de trabajo coordinado entre Nefrología y Atención Primaria que se refleja con los excelentes resultados alcanzados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han comparado en cuanto a detección de ERC y correcta derivación a nefrología (según las indicaciones del protocolo) los 2 meses previos a su implantación y los meses posteriores en el que el documento ya estaba en manos de los profesionales de primaria. Los datos quedan claramente expresados por los objetivos establecidos y el valor de los indicadores.

1. Optimizar las derivaciones desde Atención Primaria a Nefrología . ESTÁNDAR >50%

Nº paciente derivados aplicando protocolo/Nº de pacientes derivados \*100

Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018)

19/39\*100=48,71%

Periodo después implantar protocolo (diciembre 2018- enero2019)

16 /18\*100= 88,8%

2. Aumentar la seguridad del paciente al disminuirla iatrogenia por fármacos inadecuados en ERC. ESTANDAR >30%

Nº paciente modificado tratamiento/ Nº de pacientes con tratamiento \*100

Periodo antes implantar protocolo (Octubre-Noviembre 2018) 5 /39\*100=12,82%

Periodo después implantar protocolo (Diciembre 2018- Enero2019)

6 /18\*100= 33,33%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El dotar a los profesionales de atención primaria de un herramienta tan útil y sencilla como es un protocolo ha permitido: mejorar la detección de los pacientes con ERC, la correcta derivación a la consulta de nefrología, la implantación precoz de medidas terapéuticas que permiten disminuir la progresión de la ERC y disminuir la iatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de ERC. El periodo inicial de recogida de datos abarcaba desde Octubre del 2018 a Abril del 2019 y el análisis de datos en Mayo y Junio (un año con respecto a cuando se entregó el proyecto). Dado que las memorias se han solicitado antes de cumplir un año solo se han podido comparar los 2 meses previos al documento de consenso y los 2 meses posteriores a su implantación. Estos han sido suficientes para poder establecer una comparativa con claros resultados a favor de la elaboración y puesta en marcha del protocolo. El tercero de los objetivos que era disminución del tiempo medio de demora entre una primera consulta y una posterior resultado de la correcta derivación no ha sido posible medirla por la brevedad del periodo. Se trata de un proyecto en el que vamos a observar a lo largo tiempo buenos resultados como han sido expuestos hasta y que sin duda ha permitido que Atención Primaria y Nefrología "hablemos un mismo idioma" en cuanto a enfermedad renal.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1098

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

\*\*\*\*\* \*\*\*

Nº de registro: 1098

Título  
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:  
FELEZ JUSTES ISABEL, CAJARAVILLE ASO PILAR, CHARTE ALEGRE MARIA ELENA, GARCIA CALVO ANGEL, QUINTANA VELASCO CARMEN L, BEIRED VAL INES, MUNGUIA NAVARRO PAULA, BERGUA AMORES CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. Según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) el 10 % de la población adulta sufre algún grado de ERC. El 6,8 % tienen insuficiencia renal (FG < 60 ml/min). Esta entidad se asocia a una importante morbi-mortalidad cardiovascular, así como costes muy significativos. Solo una pequeña proporción de enfermos con ERC evolucionarán hacia la insuficiencia renal terminal con sus complicaciones asociadas y necesidad de tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante). Esta evolución hacia la pérdida de función renal tiene un curso progresivo, en el que podemos influir mediante una actuación precoz sobre sus principales causas: hipertensión arterial y diabetes mellitus. El control de estas debe ser estricto y adecuado a las recomendaciones de las Guías en vigor no solo para minimizar su progresión y tratar las complicaciones inherentes a la insuficiencia renal, sino también para reducir el riesgo vascular asociado a la ERC. Por otra parte, Un número importante de pacientes con ERC están sin diagnosticar (se estima que alrededor del 20% de la población con más de 60 años tienen insuficiencia renal, esto es ERC avanzada), bien porque no se efectúan controles de función renal, bien porque tienen una ERC oculta (tienen enfermedad renal a pesar de que las creatininas séricas están en el rango de normalidad del laboratorio) En pacientes seguidos en Atención Primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, la prevalencia de insuficiencia renal puede alcanzar cifras del 35-40%. En este contexto, desde hace varios años se han establecido guías y recomendaciones para optimizar la detección y tratamiento de la población con ERC. Las recogidas en el Documento de Consenso SEN-semFYC sobre la Enfermedad Renal Crónica publicado en el año 2008, sobre el que se basan las recomendaciones actuales, pretenden, con el consenso de las sociedades científicas implicadas, dotar de una herramienta útil a los profesionales a cargo de la población con ERC en el ámbito de la medicina de familia .El objetivo último de estas recomendaciones es la de dotar a los profesionales de la salud de una herramienta sencilla que permita: Mejorar la detección de los pacientes con ERC, lo que se traducirá en la implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficiencia renal. Reducir el coste sociosanitario relacionado con esta enfermedad. La derivación a nefrología debe de protocolizarse entre atención primaria y el servicio de nefrología, con planes de actuación y estrategias de comunicación ágil entre los dos niveles asistenciales. Este proyecto de mejora pretende llevar a cabo todo lo anteriormente expuesto

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Mejorar la detección de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC).
2. Optimizar las derivaciones desde atención primaria a nefrología.
- 3- Implantación precoz de medidas terapéuticas que permitan disminuir la progresión de la ERC y de la morbimortalidad vascular asociada.
4. Aumentar la seguridad del paciente con ERC al disminuir la yatrogenia secundaria a la utilización de fármacos contraindicados o utilizados a dosis inapropiadas al grado de insuficiencia renal.
5. Establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales.

#### MÉTODO

Inicialmente se constituirá el equipo de mejora. Se realizarán reuniones entre los médicos de atención primaria participantes y el servicio de nefrología. De forma consensuada se elaborará un protocolo de detección y derivación a nefrología desde atención primaria. También se elaborará un documento

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1098

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y DERIVACION A NEFROLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

de "recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica". Además de los centros partícipes del proyecto se hará extensivo a otros centros de atención primaria que estén interesados en optimizar la detección y derivación. Se establecerá un canal de comunicación fluido entre los miembros del equipo de mejora

#### INDICADORES

- 1-Número de pacientes que son derivados a nefrología desde atención primaria aplicando el protocolo/ número total de derivaciones Objetivo 50%
- 2-Número de pacientes a los que se modifica el tratamiento derivado de la aplicación del documento de recomendaciones en el paciente con enfermedad renal crónica. Objetivo 30%
- 3-Disminución del tiempo medio demora entre una primera consulta de nefrología y una posterior revisión resultado de la correcta y completa derivación. Objetivo 50%

#### DURACIÓN

- 1.-Sesiones informativas y elaboración del protocolo y documento: julio, agosto y septiembre 2018.
- 2.-Aplicación del protocolo elaborado y recogida de datos: octubre del 2018 a abril del 2019
- 3.- Análisis de datos: mayo y junio 2019:

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... SANDRA GARCIA SAEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN  
BORDERIAS CLAU LUIS  
GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO JAVIER  
AGUILAR PAESA CRISTINA  
AGUARELES PIRACES MARIA JOSE  
ARIZON MENDOZA LOURDES  
BARCOS PUYO SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Elaboración de un protocolo consensuado por todos los componentes de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge según la bibliografía actualizada y adaptado a las prestaciones de nuestro Hospital. El documento ha sido aceptado por la Comisión de Calidad del Hospital San Jorge. El protocolo elaborado a quedado a disposición de todos los compañeros en la pagina WEB (Sección Unidad de calidad-Procedimientos-Atención especializada-Neumología). El calendario se ha cumplido implimentando la sedación en los pacientes sometidos a una broncoscopia flexible desde finales del año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
El impacto sobre los pacientes y sobre el personal sanitario que interviene en la realización de la broncoscopia ha sido muy importante y satisfactorio. Los indicadores utilizados han sido los siguientes:  
- Grado de satisfacción de los pacientes sometidos a una broncoscopia.  
- Grado de satisfacción del personal de enfermería durante la broncoscopia.  
- Grado de satisfacción del personal médico durante la broncoscopia.  
- Número de pacientes que se les tiene que realizar la broncoscopia bajo sedación profunda y control por anestesista.

Analizamos 47 broncoscopias realizadas en el Hospital San Jorge de Huesca bajo sedación. Mediante la escala analógica visual analizamos el grado de tolerancia por parte de los pacientes: 40 pacientes (85.1%) puntuaron por encima de 7 y solo 1 paciente puntuó por debajo de 2. El 100% de los 8 pacientes a los que se les realizaba una segunda prueba declararon que la tolerancia era mejor. El grado de satisfacción del personal sanitario (auxiliar, enfermera y neumólogo) durante la realización de las pruebas fue muy bueno en el 100% de las exploraciones (en cuanto a colaboración del paciente, dificultad para realización de la prueba y completarla con todas las técnicas necesarias). Durante este periodo únicamente se han tenido que realizar exploraciones con sedación más profunda en 2 pacientes; ambas en el Servicio de UCI (ninguna en quirófano y con control de anestesia). Solo un paciente presentó complicaciones severas con depresión respiratoria que se superó con soporte básico (Ambu) y fármacos antagonistas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
El proyecto de mejora nos ha sido útil para elaborar un protocolo de sedación durante la realización de la broncoscopia flexible consensuado por todo el Servicio de Neumología. Dado los resultados que estamos obteniendo, en la actualidad mas del 95% de las exploraciones las realizamos siguiendo dicho protocolo. Desde que realizamos las broncoscopias con sedación la realización de dicha prueba es mucho mas satisfactoria, permitiendo realizar el trabajo de una manera mucho mas relajada y con mas tiempo para la ejecución de la misma, con lo cual aumenta el rendimiento de la prueba.  
El protocolo ha quedado aceptado en el Hospital y colgado en la pagina web del mismo. Se seguirá utilizando siendo totalmente sostenible.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/315 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0315

Título  
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

**Autores:**  
GARCIA SAEZ SANDRA, CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN, BORDERIAS CLAU LUIS, BRIZ MUÑOZ ELENA, GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO JAVIER, AGUARELES PIRACES MARIA JOSE, ARIZON MENDOZA LOURDES, BARCOS PUYO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Broncoscopia  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La broncoscopia flexible es una técnica invasiva diagnóstica y/o terapéutica y, aunque conlleva una escasa morbilidad y el tiempo de exploración suele ser corto, es una exploración muy molesta para el paciente. Los objetivos de la sedación serán fundamentalmente aliviar el estado de ansiedad, hacer la técnica lo más confortable posible, facilitar las maniobras al endoscopista aumentando la rentabilidad de la prueba y, si llega a ser preciso, que el paciente consienta una nueva broncoscopia. La sedación administrada por los no anestesiastas es segura y coste-efectiva, pero no está exenta de complicaciones. El médico que debe realizar la sedación debe ser aquel que sea capaz de revertir la sedación y manejar las complicaciones que de ella pudieran derivarse. En la Sección de Neumología del Hospital San Jorge hasta hace escasos meses las broncoscopias se realizaban únicamente con anestesia local. En la actualidad se realizan, en la mayoría de los casos, con sedación, pero sin que existan unas directrices consensuadas por todos los neumólogos. Nos proponemos realizar un protocolo para unificar criterios durante la realización de dicho procedimiento.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto de mejora va dirigido a todos los Neumólogos de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge de Huesca. Con la protocolización de la sedación durante la broncoscopia se disminuye la probabilidad de errores durante la realización de la misma. Al realizar la broncoscopia con sedación se conseguirán los siguientes objetivos:

- Mejorar la tolerancia de la prueba por parte de los pacientes sometidos a la broncoscopia.
- Facilitar el trabajo del personal médico y de enfermería durante la exploración mejorando el rendimiento de la misma.
- Aumentar el número de pacientes que aceptan repetir la broncoscopia en caso necesario.

#### MÉTODO

Elaboración de un protocolo consensuado por todos los componentes de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge según la bibliografía actualizada y adaptado a las prestaciones de nuestro Hospital. Será necesaria la medicación para realizar la sedación del paciente y para revertirla en caso necesario, y el equipamiento para la monitorización durante el procedimiento. Tanto los fármacos como el equipamiento necesario ya los tenemos disponibles en el hospital. Lo único que será más prolongado es el tiempo de la exploración.

#### INDICADORES

- Grado de tolerancia de los pacientes sometidos a una broncoscopia mediante escala analógica visual.
- Grado de satisfacción del personal médico durante la broncoscopia mediante un cuestionario realizado a tal efecto.
- Número de pacientes que aceptan una segunda broncoscopia.
- Número de pacientes que se les tiene que realizar la broncoscopia bajo sedación profunda y control por anestesiasta.
- Número de broncoscopias que se deben suspender por inestabilidad hemodinámica.

#### DURACIÓN

Elaboración del protocolo durante el mes de abril del 2018. Puesta en marcha inmediata. Valoración del protocolo durante un año.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315**

**1. TÍTULO**

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PABLO ZARO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA  
· Sector ..... HUESCA

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

BENAVENTE AGUILAR ISABEL  
LASIERRA PERIZ YOLANDA  
MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA  
LASCORZ CORTINA ISABEL  
VALLDEPEREZ ESPINACH ROSA  
ABADIAS PUYUELO EVA  
ESCARTIN ORUS ALICIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de Guía de Enfermería

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que los indicadores serían Uso de la Guía/Persona/Tiempo, a valorar cada 6 meses, en este caso como el proyecto era la realización de la Guía, los indicadores habría que valorarlos a los 6 meses y al año (mediados/final de 2019)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos esta guía de gran utilidad, en la actualidad para el personal existente para consultar el modo de actuación y los protocolos, y principalmente para futuras incorporaciones de personal al Servicio, ya que facilitará mucho la incorporación al aportar información relevante para la Especialidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/473 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0473

Título  
GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:  
PABLO ZARO MARIA JESUS, BENAVENTE AGUILAR ISABEL, LASIERRA PERIZ YOLANDA, MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA, SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS, LASCORZ CORTINA ISABEL, ABADIAS PUYUELO EVA, SANZ PEREZ LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La Neurofisiología Clínica es una especialidad médica que se basa en el estudio del Sistema Nervioso tanto Central como Periférico por medio de pruebas complementarias. La formación médica de la especialidad está totalmente establecida, mientras que en lo referente al personal de Enfermería la titulación oficial universitaria en nuestro país no existe como tal. En algunos países de Europa, como Italia o Portugal dentro de la formación universitaria sí existe el Grado en Técnico de Neurofisiología Clínica. En otros países como en Suecia y Finlandia existe una titulación de Técnico en Neurofisiología Clínica no universitaria como tal (especialización de Enfermería). Dado que es una especialidad muy técnica, el personal de Enfermería que empieza a trabajar como técnico en un Servicio de Neurofisiología Clínica encuentra dificultades en su inicio ya que carece de formación sobre el

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0473

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

tema, por ello creemos que sería de gran utilidad disponer de una guía práctica en la que se reflejen las principales técnicas, material, equipamientos y protocolos a seguir en la realización de las diferentes exploraciones neurofisiológicas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Realización de una Guía Práctica para personal de Enfermería en el Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital San Jorge. En dicha guía se resumirán las diferentes exploraciones que se realizan en nuestro servicio, detallando el material necesario, las labores del personal de Enfermería y los protocolos a seguir en cada una de ellas.

#### MÉTODO

En la guía se describirán las diferentes técnicas realizadas en nuestro servicio, incluyéndose el material y equipamiento necesario para cada una de ellas, y los protocolos de montaje y realización:

- Electromiogramas y Electroneurogramas
- Electroencefalogramas
  - Estudios vídeo-EEG basales
  - Estudios vídeo-EEG de siesta
  - Estudios vídeo-EEG tras privación de sueño
- Potenciales Evocados
  - Potenciales evocados auditivos
    - PEATC en lactantes (programa de screening de hipoacusia de Aragón)
    - PEATC en niños
    - PEATC en adultos
  - Potenciales evocados somatosensoriales
  - Potenciales evocados visuales
    - PEV y Electoretinograma-pattern
    - PEV y ERG flash (Ganzfeld)
- Estudios polisomnográficos
  - Poligrafía cardiorespiratoria nocturna
  - PSG nocturnos
  - Test de latencias múltiples de sueño
- Estudios de monitorización vídeo-EEG de larga duración
- Estudios de monitorización vídeo-EEG nocturnos

#### INDICADORES

Un indicador de este proyecto sería el empleo de la guía, por lo que el indicador sería el Uso de la misma/Persona/Unidad de Tiempo.  
Se evaluará periódicamente el número de veces que se emplea la guía de forma periódica (cada 6 meses).

#### DURACIÓN

La duración de este proyecto es indefinida, en cuanto dispongamos de la guía se utilizará inmediatamente, realizándose revisiones cada 2 años.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0279

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORENA GARCIA FERNANDEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TORDESILLAS LIA CARLOS  
ALBERTI GONZALEZ OLALLA  
SERAL MORAL MARIA  
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO  
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL  
TERINGUER MUR MARIA PILAR  
EIZMENDI BINDER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha iniciado la consulta específica de cefalea, dentro del Sº de Neurología, con una periodicidad de 1 consulta mensual clínica ( de diagnóstico y tratamiento ) y otra consulta con una periodicidad mensual de técnicas para tratamientos de cefaleas ( infiltración de toxina botánica y bloqueos anestésicos), se ha creado una bases de datos para filiar a los pacientes atendidos, se esta en proceso de la realización de protocolos de derivación, así como de tratamiento de cefaleas mas frecuentes. Se realizar formación a los MIR de MFYC en esta consulta específica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se esta realizando en la consulta tal como se había propuesto un diagnóstico clínico según IHS, una orientación terapéutica y recomendación es tanto para los pacientes como para los MAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los últimos meses se ha incrementado el numero de pacientes atendidos en la consulta, precisando tres días al mes para ello, lo cual denota la necesidad que había en este ámbito que ahora se esta cubriendo.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/279 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0279

Título  
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

Autores:  
GARCIA FERNANDEZ LORENA, TORDESILLAS LIA CARLOS, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, SERAL MORAL MARIA, GIMENEZ MUÑOZ ALVARO, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL, TERINGUER MUR MARIA PILAR, EIZMENDI BINDER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología .....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. La alta prevalencia de la cefalea en nuestro medio y la repercusión socioeconómica que comporta justifica la aparición en los últimos años de unidades específicas para el estudio y tratamiento de este grupo de patologías. La cefalea es el motivo de consulta más frecuente en las consultas de Neurología. Como ocurre con diferentes subespecialidades en la Neurología, una Unidad de Cefalea cumple con la tarea de reconocer y tratar de forma más adecuada al paciente con cefalea, una vez diagnosticados y orientado terapéuticamente muchos de los enfermos vistos se podrían continuar el seguimiento en Atención Primaria con lo que se reducirían las consultas reiteradas a urgencias,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0279

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA ESPECIFICA DE CEFALEA EN H. SAN JORGE

consulta general de Neurología y atención primaria. En los últimos años el desarrollo de distintas técnicas de tratamiento invasivas (inyección de toxina botulínica y bloqueos nerviosos) con muy buenos resultados hace que sea preciso una formación específica.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La población diana del proyecto es todo paciente con cefalea del sector de Huesca. La principal intervención es orientar el proceso diagnóstico-terapéutico de los pacientes con cefalea desde el servicio de Neurología del Hospital San Jorge. Se espera mejorar la calidad en el manejo y seguimiento de pacientes con cefalea, sobre todo en los que requieren especial atención: migraña crónica, cefalea de Horton, Neuralgia del trigémino. Tener una referencia para los médicos de atención primaria del sector para orientar durante el proceso diagnóstico terapéutico también a través de la teleconsulta.

#### MÉTODO

Emisión de una primera impresión diagnóstica. Siguiendo la clasificación internacional de cefaleas en su última versión. Solicitud de pruebas diagnósticas necesarias. Elaboración de un plan terapéutico: Información sobre el diagnóstico, sobre las opciones de tratamiento. Entrega de calendario de cefalea. Entrega de folletos informativos de las cefaleas más prevalentes (Migraña y cefalea tensional, con consejos prácticos para pacientes) así como cefaleas con peculiaridades especiales (cefalea en racimos, neuralgia del trigémino). Entrega de informe con destino a atención primaria con recomendaciones, advertencias sobre efectos secundarios de los tratamientos etc... Realización de técnicas avanzadas para el tratamiento de cefaleas: Inyección de toxina botulínica, bloqueos anestésicos. Seguimiento periódico de los pacientes según necesidades especiales. Realización de protocolos asistenciales: Criterios de admisión y alta de la consulta, secuencia temporal de actividades, responsable de cada actividad, registro de cada actividad, indicadores de evaluación de tratamientos avanzados en cefaleas, para la minimización de riesgos y accidentes. de derivación de atención primaria, criterios de admisión y tratamiento en hospital de día, de diagnóstico de cefaleas primarias más frecuentes, de diagnóstico de cefaleas secundarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas primarias más frecuentes, de tratamiento de cefaleas secundarias más frecuentes, de indicación y aplicación de técnicas terapéuticas invasivas y semi-invasivas. Formación a médicos de Atención primaria, mediante estancias en la consulta específica de cefalea, en cursos FOCUSS etc... Creación de registros de pacientes de la consulta específica de cefalea, de incidencias generales, de actividades de formación e investigación, de reclamaciones. Establecer un plan de comunicación: sobre la creación y funcionamiento de la consulta. Garantizar la asistencia a pacientes con cefalea que precisan una atención rápida.

#### INDICADORES

Creación de una base de datos con los pacientes de la consulta. Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma anual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes. Realización de una memoria anual, atendiendo a los indicadores recomendados por el Grupo de estudio de cefalea de la Sociedad Española de Neurología: % de pacientes con registro de diagnóstico de trabajo en la 1ª visita, con diagnóstico codificado según la ICHD vigente, utilización de diario/calendario, tratados según guías basadas en la evidencia evaluación con escalas de discapacidad y calidad de vida, % de procedimientos con consentimiento informado, % de pacientes tratados con bloqueos e infiltraciones. Tiempo de demora de atención en la consulta.

#### DURACIÓN

En el mes de Mayo de 2018 la médico responsable de la consulta de cefalea realizara una rotación por la Unidad de cefaleas del HCU Lozano Blesa de Zaragoza, para la formación en técnicas invasivas en cefaleas y manejo de una consulta específica de cefalea. Posteriormente (a partir de junio) se citaran consultas específicas de cefalea en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad de 2 al mes, cada día de se visitaran en torno a los 10 pacientes, 30 minutos por consulta. La duración del proyecto se prevé indefinida. Revisión anual de los indicadores.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SERAL MORAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ALBERTI GONZALEZ OLALLA  
TORDESILLAS LIA CARLOS  
GIMENEZ MUÑOZ ALVARO  
GARCIA FERNANDEZ LORENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer semestre de 2018 se realizó puesta en común de las patologías más prevalentes en Consultas de Atención Primaria. Se decidió abordar cefalea y deterioro cognitivo. Para ello se organizó un programa de formación a través de la convocatoria Focuss en la que participaron todos los miembros del equipo para la formación de Médicos de Atención Primaria en estas patologías. En el caso de la cefalea se asumieron los criterios de derivación recomendados por la Sociedad Española de Neurología y en el caso de las demencias se estableció el protocolo de recomendaciones analíticas y de exploración cognitiva en Atención Primaria previo a la derivación al especialista. Además se realizó hoja de recomendaciones para el paciente con Migraña (cefalea más prevalente) y modelo de informe para aportar al paciente para que se remitiera al Médico de Atención Primaria. Además se reorganizó la asistencia en la Sección de Neurología, de forma que se ha dotado de un tiempo estipulado para dar respuesta a la interconsulta virtual de forma que la respuesta se pueda realizar con celeridad.

Durante el segundo semestre se puso en marcha la difusión del trabajo realizado a los Médicos de Atención Primaria. En Septiembre de 2018, se realizó el programa Focuss anteriormente comentado, al que asistieron 4 MAP del sector. En este programa se ha hecho difusión de los protocolos de derivación propuestos por la Sociedad Española de Neurología. Así mismo, dado el buen acogimiento del programa, entre los profesionales de Atención Primaria, se va a mantener este programa en el año 2019, para continuar la formación de profesionales en la patología neurológica más prevalente. Se ha realizado un Grupo de Mejora en el que participan profesionales de Atención Primaria junto con facultativos de Neurología, para optimizar el trabajo conjunto entre ambos niveles asistenciales y difusión de las acciones realizadas a los centros de salud, siendo la responsable la Dra. García (F.E.A. Neurología del Hospital San Jorge). Se ha optimizado la respuesta a la interconsulta virtual para responder a las dudas o cuestiones planteadas por los Médicos de Atención Primaria o citar en los casos necesarios. Se ha organizado esta actividad dentro del Servicio, de forma que la práctica totalidad de las consultas relacionadas con estas patologías se responden en un plazo inferior a 72 horas en días laborables. Se está implementando progresivamente el uso de la Historia Clínica Electrónica en la consulta de Neurología, de forma que los facultativos de Atención Primaria pueden acceder a la información generada de la Consulta de Neurología con las recomendaciones de tratamiento y pautas a seguir.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha mejorado la comunicación entre los distintos niveles asistenciales: Primaria-Especializada, mediante la comunicación directa a través del programa de formación Focuss sobre manejo de patología neurológica prevalente en Atención Primaria y con la creación de un grupo de mejora para el manejo de la cefalea. Además se está incorporando progresivamente el uso del Curso Clínico de la Historia Clínica Electrónica en Consultas Externas de Neurología de forma que el Médico de Atención Primaria tiene accesible la información derivada del proceso asistencial y las pautas y recomendaciones a seguir. Se ha dotado de tiempo la respuesta a la interconsulta virtual de forma que los Médicos de Atención Primaria tienen un sistema de comunicación fluido y eficaz con un breve tiempo de respuesta.

A cierre de 2018 (según los datos ofrecidos desde Administración del Hospital para el acuerdo de gestión), había disminuido el número de pacientes con demora > 60 días respecto al año previo. El porcentaje de colaboraciones valoradas a través de interconsulta virtual respecto a las solicitadas desde Atención Primaria en el año 2018 ha sido de un 99,5%. La práctica totalidad de las consultas relacionadas con las patologías: cefalea y deterioro cognitivo, se han respondido en un plazo inferior a 72 horas (salvo excepciones de días festivos consecutivos o cuestiones muy concretas que precisan de solicitar y revisar la historia clínica determinada de un paciente).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la puesta en marcha del programa y la evaluación del mismo, consideramos que ha mejorado la satisfacción en la comunicación entre los facultativos de ambos niveles asistenciales. Con la llegada del Curso Clínico de la Historia electrónica y la interconsulta virtual, se ha favorecido la comunicación entre ambos niveles, con una información de calidad y que repercute en una mejora de salud de los pacientes y en una atención más transversal.

#### 7. OBSERVACIONES.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463

### 1. TÍTULO

#### PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/463 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0463

Título  
PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:  
SERAL MORAL MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, TORDESILLAS LIA CARLOS, GONZALEZ MUÑOZ ALVARO, GARCIA FERNANDEZ LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
La patología neurológica ha objetivado un incremento notable en los últimos años debido entre otras razones al envejecimiento de la población y al mayor acceso a la información con la que cuentan los usuarios del Sistema Nacional de Salud.  
Las demoras en las Consultas de Neurología se han incrementado progresivamente haciendo necesario un nuevo planteamiento de la asistencia neurológica ambulatoria.  
Por un lado una gran parte de la asistencia en Consultas se centra en unos pocos síndromes clínicos, de diagnóstico eminentemente clínico, que podrían ser abordadas de forma segura y con calidad desde Atención Primaria, con el entrenamiento y el apoyo adecuados.  
Por otro lado no existe en el momento actual una comunicación eficaz entre los distintos niveles asistenciales que permita una adecuada valoración y derivación de los pacientes. La puesta en marcha de la interconsulta virtual presenta una oportunidad de mejora para hacer que las comunicaciones sean más fluidas y que de esta forma desde Atención Primaria pueda atenderse una parte significativa de la patología neurológica ambulatoria con apoyo del facultativo Especialista cuando sea requerido.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
El objetivo fundamental es establecer un sistema de comunicación eficaz que permita compartir información entre los diferentes niveles asistenciales y de esta forma abordar determinada patología neurológica desde Atención Primaria de forma eficiente, evitar derivaciones innecesarias, mejorar la asistencia temprana en los casos en que esta sea necesaria y solucionar dudas/problemas que pudieran surgir en la atención a los pacientes neurológicos.

**MÉTODO**  
Primera fase: En sucesivas reuniones entre los facultativos se expondrán las patologías más prevalentes y que puedan ser abordadas desde Atención Primaria. Inicialmente se ha decidido trabajar en dos grandes síndromes por su alta prevalencia: Cefalea y Deterioro Cognitivo. Se realizarán protocolos de valoración, manejo y derivación, así como documentos informativos tanto para el Médico de Atención Primaria como Información para los pacientes. Estos protocolos una vez finalizados serán accesibles desde Atención Primaria para su consulta.  
Segunda fase: Se informará a los distintos Centros de Salud del trabajo anterior elaborado para su consulta. A través de la Hisotra Clínica electrónica se resolverán las cuestiones que puedan surgir en la Atención de estos pacientes en el menor plazo de tiempo posible (se estima 24 horas en días laborables). Si el paciente finalmente es derivado por necesidad o dudas diagnósticas a la Consulta de Neurología, al alta de la misma se elaborará un informe con el diagnóstico y pauta de tratamiento y cuidados a seguir.

**INDICADORES**  
Reducción demora media para acceso a Consultas Externas de Neurología respecto al periodo anterior 2017  
Porcentaje de consultas virtuales realizadas antes de las 72 horas. 100%  
Porcentaje de consultas virtuales (relacionadas con Cefalea o Deterioro Cognitivo) que se resuelven de forma telemática sin necesidad de derivación a Consultas. 40%

**DURACIÓN**  
Primera fase: Elaboración de protocolos: Segundo trimestre de 2018 (Abril-Junio)  
Segunda fase: Puesta en marcha del sistema de comunicación: Junio-Diciembre 2018.  
Evaluación y conclusiones: Enero 2019.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0463**

**1. TÍTULO**

**PROPUESTA DE MEJORA DE ASISTENCIA EN CONSULTAS EXTERNAS DE NEUROLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

### 1. TÍTULO

#### INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018\_0418

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MORENO PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
AGUSTIN OLIVA ANDREA  
RUIZ CAMPO LEYRE  
GOMEZ GIMENO ANGELICA  
VELA LETE ANA  
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL  
OTAL LASPAUS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Dar opción a las pacientes a alta domiciliaria sin necesidad de ingreso hospitalario tras cirugía de colocación de malla TOT para la incontinencia urinaria de esfuerzo.  
- Retirada de sonda vesical de forma precoz en Unidad de CMA, inmediatamente tras cirugía.  
- Elaboración de informe de alta CMA que la paciente recibe el mismo día de la intervención.  
- Alta precoz en 2-3 horas tras cirugía si buena recuperación postoperatoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
· Reducción del tiempo de ingreso hospitalario:  
Nº de procedimientos CMA e ingreso ordinario anual: 14 procedimientos incluidos en régimen CMA del total de 14 TOT realizadas en el año 2018.  
· Reducción del coste derivado de hospitalización y uso eficiente de los recursos.  
Nº de consultas a urgencias o ingreso tras alta en CMA o tras ingreso ordinario en 1 año: se ha registrado una visita a urgencias que no precisó ingreso ni tratamiento (duda de la paciente que se resolvió en la sala de exploración del Sº de Urgencias).  
Nº de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de ser incluidas en CMA: no se han registrado ingresos.  
· Mejora de la calidad asistencial y percepción de las pacientes  
· Disminución del número de ITUs al disminuir el tiempo de la sonda vesical  
· Implicación del paciente y su familia en los cuidados postoperatorios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La inclusión de pacientes en régimen de CMA para la colocación de mallas TOT por IUE en el Servicio de Ginecología, ha permitido disminuir el tiempo de permanencia hospitalario (ninguna paciente durante el pasado año requirió ingreso tras la intervención), consiguiéndose así los objetivos marcados al inicio de la puesta en marcha del proyecto.

Esto a su vez, a permitido la elaboración de protocolo de inclusión de las pacientes en CMA tras colocación de malla TOT (quedando excluidas aquellas pacientes que por comorbilidad precisan de ingreso previo o posterior para su mejor seguimiento, evaluación o preparación quirúrgica).

Percepción positiva por parte de la paciente y sus familiares.

7. OBSERVACIONES.  
En los registros hospitalarios consta paciente de 43 años que precisó ingreso por dolor abdominal varios días tras al alta, pero se trató de un dolor de origen digestivo, quedando ingresada a cargo del Sº. de Digestivo: diverticulitis aguda.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/418 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0418

Título  
INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

### 1. TÍTULO

#### INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018\_0418

(IUE)

##### Autores:

MORENO PEREZ RAQUEL, AGUSTIN OLIVA ANDREA, RUIZ CAMPO LEYRE, GOMEZ GIMENO ANGELICA, VELA LETE ANA, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, BONED GALAN MARIA JOSE, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

##### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La CMA se define como la atención a procesos susceptibles de cirugía realizada con anestesia general, local, regional o sedación que requieren cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el paciente no necesita ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después del procedimiento.

La CMA surge con la finalidad de optimizar los recursos, no solo agilizando los actos quirúrgicos y racionalizando los crecientes gastos sanitarios, sino también mejorando la calidad asistencial.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina por la uretra provocada por aumentos en la presión intraabdominal, que normalmente se neutraliza por el control neurológico de la resistencia uretral y la disipación de las fuerzas intraabdominales, a través del armazón fisiológico de la uretra en el interior de la pelvis.

La corrección de la IUE es un procedimiento quirúrgico frecuente y que ha simplificado su realización de tal manera, que un alto porcentaje de pacientes son candidatas a ser incluidas en un programa de CMA ya que la técnica quirúrgica cumple todos los criterios de inclusión recomendados. Asimismo, el hecho de que pueda ser realizada con anestesia intradural o sedación, implica que tampoco sea necesario ser muy selectivos en lo que al riesgo quirúrgico y anestésico se refiere, lo que la convierte en un procedimiento idóneo en pacientes añosas donde el riesgo anestésico suele ser elevado.

La TOT (tension free trans obturator tape) consiste en colocar una malla suburetral pasándola, a cada lado, por el orificio obturador. Las ventajas son: evita la apertura del espacio de Retzius, disminuyendo la probabilidad de lesiones de víscera hueca, hemorragias y hematomas en dicho espacio y haciendo innecesaria la realización de cistoscopia intraoperatoria ya que la cinta se ubica en un plano inferior a la vejiga.

En la actualidad, en nuestro Servicio, la colocación de la malla TOT se realiza mediante cirugía con ingreso hospitalario, que frecuentemente es de 2 días de duración (1º día de ingreso y cirugía, y 2º día de retirada de sonda vesical permanente y alta).

En la actualidad proponemos una retirada precoz de la sonda vesical tras la intervención en la misma Unidad de CMA, siendo posible el alta precoz a las pocas horas si la paciente orina con normalidad tras la retirada de la misma y si no se presentan otras complicaciones.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Reducción del tiempo de hospitalización.
- Reducción del coste derivado de la hospitalización.
- Uso eficiente de recursos sanitarios.
- Mejora de la calidad asistencial.
- Reducción de la morbilidad asociada del ingreso (infecciones por mantenimiento de la sonda vesical, etc)
- Mejora de la percepción asistencial por parte del paciente y a familia.
- Minimización del impacto sobre el paciente y su entorno que supone el ingreso hospitalario.
- Promoción de una atención más humanizada.
- Implicación del paciente y su familia en los cuidados post operatorios, favoreciendo la educación para la salud y la enseñanza del manejo de la patología.
- Mejora de la UCMA, con inclusión progresiva de distintos procedimientos, que favorece el crecimiento profesional del equipo que la forma.

##### MÉTODO

Creación de protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de colocación de malla TOT para la IUE en CMA: criterios de inclusión y exclusión.

Creación de protocolo de manejo del paciente desde su salida de quirófano y hasta ser dado de alta, dentro de la Unidad de CMA, por parte del personal de enfermería.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0418

### 1. TÍTULO

#### **INCLUSION EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (UCMA) DE TOT PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) NUMERO DE REGISTRO: 2018\_0418**

Realización de informes de alta en la Unidad de CMA que el paciente recibirá antes de abandonar la Unidad con las instrucciones y recomendaciones dadas al alta, que a su vez permite poner en conocimiento del Médico de Atención primaria el proceso realizado, evitando informes de alta enviados por correo ordinario.

En cuanto a recursos sanitarios, ya disponemos de una Unidad de CMA y un equipo, que funciona correctamente en la actualidad, sin que la inclusión de la TOT en UCMA pueda suponerla necesidad de más personal o espacio físico para un correcto funcionamiento.

#### INDICADORES

Número de procedimientos llevados a cabo mediante CMA e ingreso ordinario en un año (datos obtenidos en lista de espera quirúrgica según inclusión).

Número de consultas en urgencias o ingresos tras el alta desde CMA o ingresos ordinarios en un año (datos obtenidos desde registro urgencias/ingresos en planta de ginecología).

Número de pacientes que precisan ingreso tras la intervención a pesar de estar programados como pacientes de CMA en un año (datos obtenidos de ingresos en planta de ginecología).

#### DURACIÓN

Previsto iniciar a lo largo de 2018, incluyendo el procedimiento TOT en UCMA a partir de las pacientes ya incluidas en lista de espera quirúrgica.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0447

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANDREA AGUSTIN OLIVA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

MORENO PEREZ RAQUEL  
HERNANDEZ ARAGON MONICA  
GOMEZ GIMENO ANGELICA  
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL  
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL  
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO  
OTAL LOSPAUS SILVIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de plantillas de informe de alta  
-Realización de informe de alta tras cada intervención incluida en el programa de CMA y entrega a los pacientes antes del alta hospitalaria. Se inició el proyecto en el plazo estipulado y se lleva a cabo hasta el momento de forma ininterrumpida.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con este proyecto se ha mejorado la experiencia de los pacientes, se han optimizado los recursos de la CMA y se ha facilitado la información de la cirugía a los Médicos de Atención Primaria, ya que los informes se copian en la historia electrónica y se facilitan dos copias al paciente, una de ellas para entregar en el Centro de Salud. El indicador a estudio: nº pacientes CMA con informe/nº pacientes CMA= 100%  
Se realizó un informe de alta de CMA a todas las pacientes previo al alta.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se han incluido las plantillas en los ordenadores del quirófano ni en la historia clínica electrónica junto con el resto de plantillas de informes.  
Este proyecto puede continuarse en el tiempo ya que ha cumplido los objetivos y existe una mejor percepción de la CMA por parte de profesionales y pacientes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/447 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0447

Título  
IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

Autores:  
AGUSTIN OLIVA ANDREA, MORENO PEREZ RAQUEL, HERNANDEZ ARAGON MONICA, GOMEZ GIMENO ANGELICA, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, OTAL LOSPAUS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge de Huesca actualmente se llevan a cabo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0447

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE INFORMES DE ALTA TRAS CIRUGIA DE ALTA RESOLUCION

numerosas intervenciones a través del circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). De este modo se facilita la accesibilidad y el alta precoz de los pacientes tras intervenciones de bajo riesgo quirúrgico que son candidatas a alta hospitalaria en las horas subsiguientes a la cirugía. Algunas de estas intervenciones son: conizaciones cervicales, histeroscopias quirúrgicas, oclusiones tubáricas bilaterales laparoscópicas y colocación de mallas T-O-T (se incluirá próximamente dentro de las cirugías candidatas a CMA)  
En la consulta realizada previamente a la intervención, tras una revisión exhaustiva de la historia clínica, se selecciona a las pacientes candidatas a CMA. A las pocas horas de estas cirugías, una vez que las pacientes se han recuperado de la analgesia y se comprueba que existe una buena tolerancia oral, movilidad y micción normal y se han descartado complicaciones, pueden obtener el alta hospitalaria bajo instrucciones y reposo domiciliario. Hasta ahora las pacientes abandonaban el centro con instrucciones médicas y un documento en la que se recogía el tipo de cirugía realizada y las recomendaciones tras la intervención.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Con la incorporación de estas plantillas de informe de alta tras CMA esperamos mejorar la experiencia de nuestras pacientes y facilitar el acceso a la información sobre su intervención, tanto a la paciente como al Médico de Atención Primaria.

#### MÉTODO

El proyecto que planteamos incorpora plantillas para los informes de alta tras CMA de las siguientes intervenciones: conización cervical, histeroscopia quirúrgica, colocación de malla TOT y oclusión tubárica bilateral. Tras la realización de cada intervención de CMA, los facultativos implicados en la intervención, rellenarán la plantilla de alta CMA con los datos individuales de cada paciente (antecedentes, pruebas realizadas, diagnóstico, hallazgos quirúrgicos y técnicas aplicadas) en el periodo de tiempo transcurrido hasta la siguiente intervención. En el documento se incluyen instrucciones, signos de alarma y recomendaciones que deben seguirse ambulatoriamente tras cada intervención.  
Una vez transcurrido el periodo de convalecencia en el postoperatorio inmediato, habitualmente en la sala de despertar de quirófano y en la Unidad de CMA, la enfermera avisa a los facultativos de guardia para confirmar el alta de la paciente. Este facultativo, tras revisar el historial médico, explorar a la paciente y verificar que es candidata a alta hospitalaria, le entregará el informe, quedando una copia del mismo en el historial de la paciente.

#### INDICADORES

Número de pacientes CMA con informe de alta/ Número de pacientes CMA = 95%

#### DURACIÓN

Este proyecto se iniciará el 1 de Mayo de 2018 y se realizará durante 1 año

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Fecha de entrada: 16/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ OBON CASTEL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ABAD RUBIO CRISTINA  
MACHIN RICOL MARIA PILAR  
VICENTE ITURBE MARIA  
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER  
ZABAU FERMOSELLE JARA  
MAS FORTUÑO JOSE MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración protocolo de actuación y manejo para mejorar la atención y garantizar que sea integral, humanizada y científica.  
Creación de una guía de actuación que unifica la atención al duelo en la maternidad/paternidad.  
Proporcionar recursos en el proceso del duelo: colaboración con psicología, contacto con asociaciones de apoyo tras el alta, consulta específica de seguimiento.  
Implementación de Check list del estudio de muerte fetal anteparto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el Hospital San Jorge en el año 2018 se han producido tres óbitos fetales, en los cuales se aplicó el protocolo descrito anteriormente, y que ha permitido hacer un seguimiento individualizado, atendiendo las necesidades específicas en cada caso en particular. De este modo, se han podido detectar algunas alteraciones patológicas que han podido justificar la muerte fetal.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pocas veces nos enfrentamos a estos casos, por suerte. La atención profesional requerida va más allá de la estrictamente médica. Nuestra actuación y nuestra actitud no deben empeorar la percepción del momento. Dar la noticia siendo estrictamente "profesionales" puede transmitir frialdad, se debe usar el sentido común sin olvidar la humanización y la empatía hacia los padres que acaban de sufrir la pérdida

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/450 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0450

Título  
AMPLIACION DEL ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

Autores:  
OBON CASTEL BEATRIZ, ABAD RUBIO CRISTINA, VICENTE ITURBE MARIA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, ZABAU FERMOSELLE JARA, MAS FORTUÑO JOSE MARIA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En el momento actual es estudio que se realiza del feto muerto intrauterino esta limitado a un estudio basico anatomopatologico.  
Consideramos que en este momento se puede ampliar el estudio para investigar mas causas posibles y ayudar a las familias, con esta nueva informacion, a sobrellevar el duelo mejor.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0450

### 1. TÍTULO

#### AMPLIACION ESTUDIO POSTMORTEM FETAL

##### RESULTADOS ESPERADOS

Ampliar el estudio de posibles causas de muerte fetal anteparto.  
Crear via clinica para facilitar el manejo y resultados del estudio ante este diagnostico.

##### MÉTODO

Contactar con el servicio de Genetica del Hopital Miguel Servet de Zaragoza ( HMSZ) para el envio y analisis de muestras y tejidos.  
Contactar con el servicio de Microbiologia del Hopital San Jorge de Huesca para el envio y analisis de muestras y tejidos.  
Creacion de infome postmorten para la familia donde se recoja toda la información obtenida en el estudio.  
Facilitar a las familias asesoramiento de cara a futuras gestaciones.

##### INDICADORES

Intentar descubrir, al menos, el 50% de las causas de la mortalidad en este grupo.  
Entrega de informe de resultados al 100% de las familias.  
Citar en consulta de asesoramiento posterior al 100% de las familias.

##### DURACIÓN

Contactar con los servicios anteriormente citados en el segundo trimestre del presente año.  
Posteriormente elaboracion de la via clinica.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTÉTRICO

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LEYRE RUIZ CAMPO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

VICENTE ITURBE MARIA  
HERNANDEZ ARAGON MONICA  
PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER  
VELA LETE ANA  
CORTIZO GARRIDO SANDRA  
FONCILLAS SANZ BEATRIZ  
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como se indicó en la memoria de seguimiento a todas las pacientes en la primera visita de embarazo del hospital, se les realiza el screening de riesgo de preeclampsia mediante una adecuada anamnesis y los resultados de la exploración del primer trimestre realizado en la consulta.

Según los criterios de la guía NICE, clasificamos a las pacientes en alto y moderado riesgo de preeclampsia:

- Alto riesgo: antecedente de preeclampsia en gestaciones previas o presencia de enfermedades previas (DM pregestacional, HTA, enfermedad renal, enfermedad autoinmune o lupus, SAF)

- Riesgo moderado: en función de la paridad, edad materna (>40 años), IMC >30, intervalo intergenésico >10 años, gestación múltiple, antecedentes familiares de preeclampsia y alteraciones en la medición de IPmAut.

En estas pacientes se instaura tratamiento profiláctico la administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (en nuestro centro administramos 100 mg/día) que en teoría puede evitar aproximadamente un 10% de los casos de PE, siempre que se comience a administrar durante la primera mitad del embarazo (antes de las 16 semanas) y en gestantes de riesgo alto.

Todas las embarazadas que inician tratamiento profiláctico están incluidas en nuestro protocolo de estudio y es en las que tendríamos que determinar en la semana 24 el cociente sFlt-1/PlGF. La determinación de biomarcador permite ayudar en el diagnóstico y predicción de preeclampsia.

La determinación de este cociente no se ha podido realizar en nuestro centro ni en el laboratorio del hospital de referencia. Aunque se han remitido ciertas muestras desde el hospital de referencia a otros laboratorios para su estimación, el tiempo de espera entre la extracción de la muestra y el resultado del cociente se demoraba unos días, con lo cual la utilidad de obtener un valor determinado que ayudara a mejorar la toma de decisiones en las gestaciones de riesgo, o derivar pacientes a centros de III nivel con diagnóstico precoz de patología, o tener una herramienta para diagnóstico diferencial en casos dudosos o atípicos, no se encontraba, por lo que se dejaron de mandar.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se atendieron un total de 609 pacientes. De ellas 53 casos se incluyeron en el estudio y se administró tratamiento profiláctico con AAS 100 desde el primer trimestre de la gestación por riesgo de preeclampsia moderado/grave. Esto supone un 8% de la población gestacional, un poco más alto de la proporción esperada al inicio del proyecto.

Se registraron 5 casos de preeclampsia que finalizaron la gestación en el HSJ. De ellos 3 casos se encontraban con tratamiento profiláctico desde el primer trimestre de la gestación, y otros 2 eran pacientes sin factores de riesgo al inicio del embarazo.

Se remitieron a Hospital de III nivel de referencia 9 casos con diagnóstico de preeclampsia grave o asociada a otras condiciones materno-fetales que requerían manejo allí. De esos 9 casos 6 se encontraban en el estudio con tratamiento asociado y 3 no.

Los datos de nuestra muestra concuerdan con los hallazgos en la bibliografía en los que se estima que la prevalencia de preeclampsia es aproximadamente un 2% (en nuestras pacientes 2,2%)

9 de los casos con diagnóstico de preeclampsia eran pacientes que al inicio de gestación presentaban riesgo moderado-severo para su padecimiento y en las que se instauró el tratamiento, y en las otras 5 en las que no se instauró la profilaxis y finalmente desarrollaron esta patología se revisó de nuevo la historia clínica y en 4 de los casos no se cumplían los criterios, pero en 1 de ellos si que se debería haber iniciado dicho tratamiento.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización del proyecto hay que recalcar la importancia de realizar una adecuada anamnesis en el primer trimestre y en sucesivas visitas gestacionales, para estimar el riesgo individual de las embarazadas a preeclampsia y poder instaurar tratamiento profiláctico que permita disminuir la morbimortalidad materno-fetal en aquellas gestaciones de riesgo. Es fundamental para poder implantar posteriormente los biomarcadores que sepamos realizar una correcta identificación de gestantes en las que los aplicaremos, ya que debido al coste que suponen, no es factible hoy por hoy determinarlos en la población general.

Queda pendiente poder instaurar la determinación del cociente sFlt-1/PlGF en nuestro laboratorio o en el de referencia que permita obtener el resultado de forma rápida y sin demora de días para poder ayudar en la toma de decisiones o predecir la evolución o el desarrollo de un preeclampsia en los días sucesivos. Este biomarcador permite obtener una prueba reproducible y objetiva que es fácil de obtener cuando se dispone del kit para su estimación, que presenta una elevada especificidad para predecir complicaciones en las pacientes

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

y que requiere menos experiencia para su interpretación.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/595 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0595

Título  
PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTETRICO

Autores:  
RUIZ CAMPO LEYRE, VICENTE ITURBE MARIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, PEREZ RUIZ FRANCISCO JAVIER, VELA LETE ANA, CORTIZO GARRIDO SANDRA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
La preeclampsia (PE) que afecta al 2% de los embarazos, es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las distintas sociedades científicas recomiendan que en la primera visita de control prenatal se calcule el nivel de riesgo para PE, a través de las características maternas (edad, índice de masa corporal (IMC), historia previa e historia familiar). El objetivo de realizar esta identificación precoz de pacientes con riesgo elevado es realizar una supervisión intensiva tanto materna como fetal, que permita establecer un diagnóstico más temprano de PE, y mitigar los posibles resultados adversos que se derivan de la misma.  
Hoy en día se sabe que esta patología se asocia al 10-15% de las muertes maternas relacionadas con la gestación. A nivel perinatal, esta enfermedad representa el 20-25% de toda la mortalidad perinatal, principalmente secundaria a la finalización iatrogénica del embarazo de forma prematura.  
En esta enfermedad se produce un fallo en la implantación placentaria con una disfunción subsiguiente, que provoca una expresión alterada de los factores angiogénicos y antiangiogénicos, como el factor de crecimiento placentario (PlGF) y la forma soluble de la tirosina quinasa-1 (sFlt-1). Los niveles del primero se ven reducidos y los del segundo se encuentran muy aumentados. Se han desarrollado test automatizados para la medición rápida y sencilla de estos marcadores.  
Resultado especialmente útil como ayuda al diagnóstico y predicción de la preeclampsia calcularlo en forma de cociente (sFlt-1/PlGF). Se ha tomado como punto de corte el valor de sFlt-1/PlGF de 85 que permite diagnosticar la preeclampsia temprana con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 97%.  
La optimización de la actitud médica ante la PE resulta ser hasta el momento el único factor pronóstico modificable de la PE y basándonos en la evidencia científica y las guías de actuación, se disminuyen sustancialmente las complicaciones maternas cuando se realiza un manejo estandarizado respecto a uno que no. Se propone introducir un protocolo de manejo para gestantes de alto riesgo de PE, basado en controles de consulta prenatal, realización de estudio Doppler de arterias uterinas e implantación del cociente sFlt-1/PlGF.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Seleccionar gestantes de alto riesgo para PE en la consulta de obstetricia y de Atención primaria lo antes posible. Se estima que supondrá un 5% de la población general de gestantes.
- Integrar marcadores angiogénicos en la práctica clínica para el correcto seguimiento de los embarazos.
- Mejorar la toma de decisiones en gestaciones de riesgo de sufrir complicaciones derivadas de la función placentaria defectuosa.
- Disminución de actuaciones iatrogénicas evitables.
- Permitir derivaciones de pacientes a centros de III nivel, con diagnóstico precoz.
- Permitir obtener una herramienta adicional para el diagnóstico diferencial de casos dudosos o atípicos.
- Uso eficiente y optimizado de recursos sanitarios.
- Mejorar los resultados maternos y perinatales de las pacientes con PE.
- Mejora de la calidad asistencial.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0595

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE PREDICCIÓN, DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN PRONÓSTICA DE LA PREECLAMPSIA EN EL CONTROL OBSTÉTRICO

- Mejora de la percepción asistencial por parte de la paciente y su familia.

##### MÉTODO

Implantación de un protocolo de predicción, diagnóstico y valoración pronóstica de la preeclampsia en el control obstétrico.

En una primera fase se seleccionaran las gestantes de alto riesgo, que serán incluidas en este protocolo de seguimiento. Se realizará mediante una combinación de datos de la historia clínica, exploración materna y ecográficos (estudio Doppler de arterias uterinas).

En la fase de seguimiento intensivo, se realizará un empleo racional del cociente sFlt-1/PlGF y sus puntos de corte establecidos en las gestantes seleccionadas en la primera fase. La primera medición de este valor se determinará a partir de la semana 20 (momento óptimo entre la 24 y la 26) y en función de los puntos de corte establecidos se establecerá el seguimiento más adecuado.

Se comunicará el nuevo protocolo para que las matronas de atención primaria, identifiquen en la captación de embarazo a aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión del protocolo.

##### INDICADORES

Número de pacientes incluidas en protocolo/Número total de gestantes de nuestra consulta.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF realizadas en total.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >85 antes de la aparición clínica de síntomas.

Número de determinaciones cociente sFlt-1/PlGF con resultado >655 que han precisado finalizar gestación en menos de 48 horas.

Pacientes con diagnóstico de preeclampsia que no hayan sido incluidas en el estudio.

##### DURACIÓN

Previsto iniciar a lo largo de 2018. En cuánto se disponga del test en el laboratorio.

Mayo-Junio: elaborar documentos.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

### 1. TÍTULO

#### CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

SOLER MACHIN JAVIER  
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA  
ARA GABARRE MIRIAN  
FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO  
GINER MUÑOZ MARIA LUISA  
GUTIERREZ RUIZ FERNANDO  
MARTINEZ VELEZ MIREYA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Búsqueda bibliográfica relacionada.  
-Comunicación con el Servicio de Hematología.  
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimación.  
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma (es decir, en qué casos sí se suspenderán los anticoagulantes antes de la cirugía de la catarata).

Fruto de estas acciones se ha elaborado un protocolo de actuación en cirugía de catarata, consensuado con Anestesia, para proceder en dichas situaciones. Se ha puesto en conocimiento de Lista de Espera Quirúrgica, que ha creado una nueva prestación (código) que indica a los anestesiólogos si deben dar pauta de retirada de anticoagulantes en el momento en que los pacientes son citados en el preoperatorio.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se planeó comenzar con el programa el 1-9-18, pero no fue hasta el 1-11-18 que se inició la recogida de datos, cuando se subsanaron problemas de coordinación con Anestesia propios de la puesta en marcha de una iniciativa. Se plantea intervenir a los pacientes de catarata sin retirar su medicación anticoagulante en caso de que la tome, siempre y cuando la exploración oftalmológica considere la catarata como no complicada a priori, es decir, exista buena midriasis, no existan otros factores como pseudoexfoliación y/o la dureza de la misma no sea extrema.

Sobre la idea inicial se decidió a posteriori incluir en la base de datos a todos los pacientes que tomaran también también algún antiagregante, con los mismos criterios expuestos anteriormente.

Desde el 1-11-18 hasta el 8-2-19 se han recogido datos de 62 pacientes que toman cualquier anticoagulante y/o antiagregante. De éstos, 24 pacientes toman anticoagulantes (14 pacientes Sintrom, 4 pacientes Xarelto, 4 pacientes Eliquis y 2 pacientes Pradaxa). A su vez, de estos 24 pacientes, 2 de ellos asociaban un anticoagulante y un antiagregante (1 paciente Sintrom y Adiro 100, y 1 paciente Eliquis y Adiro 100). El resto, 38 pacientes, tomaban antiagregantes. De éstos, 26 pacientes tomaban Adiro 100, 6 pacientes Clopidogrel, 3 pacientes Adiro 300, 2 pacientes Tromalyt y 1 paciente Plavix. A su vez, de estos 26 pacientes, 2 de ellos asociaban más de 1 antiagregante (Clopidogrel y Adiro 100).

Los indicadores evaluados para monitorizar el proyecto son:

-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación: 24 pacientes.

-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención: ningún paciente se ha suspendido por este motivo.

-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado): 1 paciente (1,6% del total evaluado) sufrió un sangrado en cámara anterior tras impactar una cánula con iris (tomaba Clopidogrel)

-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados: 1 paciente (1,6% del total evaluado) requirió lavado de cámara anterior y se dejó viscoelástico ante sangrado que no cede (es el mismo paciente comentado en el punto anterior). Preciso volver a quirófano 18 días después para nuevo lavado de cámara anterior, siendo resolutive esta cirugía.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados avalan no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma.

Ha sido muy útil en nuestro caso que se involucre el Servicio de Admisión (a través de Lista de Espera

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

### 1. TÍTULO

#### CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Quirúrgica) en el proceso, para coordinar los Servicios de Oftalmología y Anestesia, aprovechando la consulta preoperatoria.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/330 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0330

Título  
CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

Autores:  
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, SOLER MACHIN JAVIER, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, GINER MUÑOZ MARIA LUISA, GUTIERREZ RUIZ FERNANDO, MARTINEZ VELEZ MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Actualmente los pacientes que van a ser intervenidos de catarata y que toman por cualquier causa anticoagulantes reciben instrucciones para abandonar dicho tratamiento temporalmente. Existe bibliografía suficiente que avala no retirar sistemáticamente dicho tratamiento en estas situaciones, como ya realizan otros centros sanitarios del entorno. Se pretende no suspenderlo salvo que el oftalmólogo crea conveniente por las características del caso que se deba proceder de otra forma. Es necesario la colaboración de Hematología, así como que Anestesia conozca y apruebe también la nueva pauta de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS  
Objetivos del proyecto:  
Realizar la cirugía de catarata con seguridad en pacientes anticoagulados sin retirar dicha medicación.

Población diana: pacientes pendientes de intervención de catarata, independientemente de su edad y/o sexo, que tomen anticoagulantes.

Servicio al que se dirige:  
Oftalmología

Otros Servicios implicados:  
Hematología y Anestesia

MÉTODO  
Las acciones previstas incluyen:  
-Búsqueda bibliográfica relacionada.  
-Comunicación con el Servicio de Hematología.  
-Comunicación con el Servicio de Anestesia y Reanimación.  
-Sesión clínica interna (Oftalmología) para acordar criterios en los que se actuará de otra forma.  
-No se requieren recursos materiales adicionales.  
-No afecta a la oferta de servicios ofrecidos.

INDICADORES  
Los indicadores para monitorizar el proyecto son:  
-Número de pacientes intervenidos con anticoagulación  
-Número de suspensiones quirúrgicas por alteración de la coagulación el día de la intervención.  
-Número de pacientes que han tenido algún tipo de incidente durante la cirugía relacionado (sangrado).  
-Número de pacientes que han requerido maniobras y/o tratamiento intra o postoperatorios por eventos relacionados.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0330

### 1. TÍTULO

#### CONDUCTA PERIOPERATORIA EN PACIENTES QUE TOMAN ANTICOAGULANTES EN CIRUGIA DE CATARATA

##### DURACIÓN

Se espera comenzar en mayo de 2018 con el proyecto y poder ofrecer resultados al finalizar el año. Si el número de pacientes ofreciese escasa casuística, se ampliaría el plazo unos meses más hasta completar al menos un año.

##### OBSERVACIONES

Aunque en población diana se pone que va dirigido a ancianos, en realidad va para adultos/ancianos, y en general para todos los pacientes, de cualquier edad, que se intervengan de catarata en nuestro centro y a la vez tomen tratamiento anticoagulante.

##### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1517

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEXIA FERNANDEZ RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MADANI PEREZ JULIA  
MILLASTRE BOCOS ESTHER  
GROS SANAGUSTIN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se ha realizado la revisión bibliográfica y según ficha técnica de las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamientos oncológicos aprobados en la actualidad en el España.  
Se ha redactado un nuevo documento de consentimiento informado para la administración de tratamiento oncológico, revisado por el equipo médico de la Unidad clínica de oncología, enfermería, y farmacia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Aprobación del documento de consentimiento por la comisión de documentación clínica del centro hospitalario.  
Firma de dos copias del nuevo documento de consentimiento informado previas al inicio del tratamiento oncológico por parte del paciente y médico prescriptor del tratamiento, independientemente de la línea y esquema iniciados.  
Posteriormente entrega al paciente de una de las dos copias firmadas del documento de consentimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Se han llevado a cabo todos los objetivos propuestos en el proyecto, consiguiendo la optimización y actualización del documento de consentimiento informado que reciben los pacientes previo a recibir tratamiento oncológico especificándose las toxicidades más frecuentes secundarias a los tratamientos utilizados en la actualidad.  
Además se entrega una copia del nuevo consentimiento informado al paciente especificando el diagnóstico oncológico, el tratamiento que inicia y las principales toxicidades derivadas de este para su revisión y consulta tanto por parte del paciente como por otros profesionales sanitarios que lo requieran (atención primaria, servicio de urgencias, etc)

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1517 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1517

Título  
OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Autores:  
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, MADANI PEREZ JULIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, ESCOLANO PUEYO ANGEL, GROS SANAGUSTIN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Dada la aprobación de nuevos tratamientos oncológicos, como agentes biológicos e inmunoterápicos, con un espectro de toxicidad totalmente diferente al de la quimioterapia convencional surge la necesidad de modificar y renovar el documento de consentimiento informado el tratamiento de los pacientes oncológicos. De esta



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1517

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO ONCOLOGICO

forma, además de mejorar la información aportada al paciente sería de utilidad para la colaboración y el control sintomático por parte de atención primaria o los servicios de urgencias con el fin de mejorar la asistencia a este perfil de pacientes de difícil manejo.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Optimización del documento de consentimiento informado dirigido a todos los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna candidatos a administración de tratamiento oncológico oral o intravenoso por parte del servicio de oncología médica.

Actualización con firma de nuevo consentimiento informado al inicio de cada línea de tratamiento y se entregará copia especificando el esquema de tratamiento para disposición del paciente y su médico de atención primaria.

##### MÉTODO

Revisión bibliográfica y en ficha técnica de las toxicidades más frecuentes de los tratamientos oncológicos aprobados actualmente.

Redacción del nuevo documento de consentimiento informado.

Reunión con farmacia y enfermería para revisión y modificación del consentimiento informado.

Envío para valoración y aprobación por la Comisión de documentación clínica.

Sustitución del antiguo documento e inicio de entrega de dos copias firmadas del nuevo consentimiento informado a todos los pacientes que inicien un nuevo tratamiento oncológico.

##### INDICADORES

A FECHA 30/11/18: Aprobación del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico por la Comisión de Documentación Clínica.

A FECHA 1/12/18: Entrega del nuevo documento de consentimiento informado para tratamiento oncológico al 100% de los pacientes que inician nuevo esquema de tratamiento, independientemente de la línea que comiencen.

##### DURACIÓN

1/7/2018 - 30/9/2018: Revisión bibliográfica y ficha técnica de toxicidad de los tratamientos oncológicos.

1/10/2018 - 1/11/2018: Reunión con farmacia y enfermería para su revisión y modificación.

1/11/2018 - 30/11/2018: Envío y aprobación por la Comisión de Documentación Clínica.

Desde el 1/12/2018: Sustitución del anterior y entrega del nuevo consentimiento informado.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JULIA MADANI PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA  
LASTRA DEL PRADO RODRIGO  
MILLASTRE BOCOS ESTHER  
ALLUE FANTOVA NATALIA  
SERRANO VICENTE MARIA CARMEN  
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN  
MATAS PALOMARES OLGA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Entre los meses de Julio 2018 y Octubre 2018 se realizó por parte del oncólogo una revisión y actualización de los protocolos de administración de tratamiento de los tumores digestivos de origen colorrectal así como de los tumores ginecológicos adecuándolos a las guías NCCN 2018 y últimas aprobaciones de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ( Aemps ).

2. A lo largo de Noviembre 2018 y Diciembre 2018 se completó por parte del oncólogo la actualización de esquemas de tratamiento del resto de tumores: mama, pulmón, cabeza y cuello, tumores cutáneos y tumores urológicos.

3. A su vez se revisó la premedicación de dichos esquemas terapéuticos adecuándolos a las últimas guías para la prevención de náuseas y vómitos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) publicadas en 2016.

4. Se realizó un documento Word para cada tipo de tumor con sus correspondientes esquemas de tratamiento y premedicaciones actualizadas tanto para enfermedad localizada como diseminada.

5. Se realizó una puesta en común con el Servicio de Farmacia y enfermería por un lado en Octubre 2018 con la primera parte de los protocolos revisados y en Diciembre 2018 con la segunda parte actualizada.

6. En Enero 2019 puesta en marcha del proyecto con la actualización paulatina por parte del Servicio de Farmacia de los esquemas terapéuticos en el programa informático Farmis - Oncofarm 3.0 ®

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS ELIMINADOS : 36,89 %  
- Fórmula :  $N^{\circ}$  de esquemas eliminados x 100/  $N^{\circ}$  total de esquemas previos a la actualización  
 $107 \times 100 / 290 = 36,89 \%$   
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®  
- Estándar : > 30 %

2. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS NUEVOS : 27,66%  
- Fórmula :  $N^{\circ}$  de esquemas nuevos x 100/  $N^{\circ}$  total de esquemas tras la actualización  
 $70 \times 100 / 253 = 27,66\%$   
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®  
- Estándar : 30 %

3. NÚMERO DE ESQUEMAS TERAPÉUTICOS EN LOS QUE SE MODIFICA LA PREMEDICACIÓN: 100%  
- Fórmula :  $N^{\circ}$  de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación x 100 /  $N^{\circ}$  total de esquemas terapéuticos  
 $253 \times 100 / 253 = 100\%$   
- Fuente : Base de datos del programa Farmis - Oncofarm ®  
- Estándar : > 75 %

4. REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ESTANCIA EN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PREMEDICACIÓN: 20 minutos.  
- Fórmula: Tiempo de estancia en Hospital de Día de Oncología para la administración de la premedicación antes de la actualización - Tiempo de estancia después de la actualización : 45 minutos - 25 minutos : 20 minutos.  
- Fuente : Programa Farmis - Oncofarm ®  
- Estándar : 20 minutos

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la revisión de los esquemas terapéuticos, al introducir nuevas terapias acordes con las últimas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

aprobaciones y al eliminar aquellos esquemas fuera de práctica clínica, hemos cumplido uno de los objetivos de nuestro proyecto que era optimizar la calidad de la atención en la consulta de Oncología Médica.

Otro objetivo cumplido es que al reducir el número de fármacos administrados como premedicación se ha conseguido disminuir el tiempo de estancia en Hospital de Día en aproximadamente 20 minutos por paciente.

En el momento inicial se planteo como indicador el número de pacientes por día a los que se administra tratamiento antes y después de las modificaciones. Con la actualización de la premedicación ganamos una media de tres horas al día en Hospital de Día de Oncología que se pueden ocupar tanto para la administración de quimioterapia de corta duración como de terapias de soporte (por ejemplo hierro intravenoso). Pero no siempre las tres horas equivalen a 3 tratamientos (pacientes). El número de pacientes viene limitado por el tiempo que se tarda en validar el tratamiento, preparar la medicación o por el tiempo de infusión del fármaco.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1519 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1519

Título  
REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS : QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

Autores:  
MADANI PEREZ JULIA, FERNANDEZ RUIZ ALEXIA, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, MILLASTRE BOCOS ESTHER, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, MATAS PALOMARES OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En Oncología, los avances en el tratamiento que se han venido desarrollando en las últimas décadas han supuesto un cambio en las posibilidades de curación y en los tiempos de supervivencia de muchos tipos de cáncer. La complejidad creciente de los tratamientos oncológicos ( quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inhibidores tirosín-quinasa, inmunoterapia y combinaciones de ellos ) hace imprescindible no sólo una revisión sino también una actualización de los protocolos de administración de dichas terapias. Todo ello resulta útil para optimizar tanto la atención inicial en la consulta como durante la administración de tratamiento oncológico en el hospital de día.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Revisión de la premedicación de todos los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea:

- Adecuarla a las últimas guías clínicas de la Sociedad Española de Oncología Médica ( SEOM ) para la prevención de náuseas y vómitos.
- Disminuir el número de fármacos administrados como premedicación en esquemas seleccionados de quimioterapia, anticuerpos monoclonales e inmunoterapia.
- Disminuir tiempo de estancia en hospital de día.

Revisión y actualización de los esquemas terapéuticos cuyo objetivo sea :

- Introducir nuevas terapias acorde con las últimas aprobaciones.
- Eliminar aquellos esquemas terapéuticos que han quedado fuera de la práctica clínica actual.
- Optimizar la calidad de la atención en la consulta de oncología.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1519

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS: QUIMIOTERAPIA, TERAPIAS DIRIGIDAS E INMUNOTERAPIA

##### MÉTODO

En primer lugar se realizará por parte del oncólogo una revisión progresiva de los protocolos de administración de tratamiento oncológico según patología : digestivo colorrectal, digestivo no colorrectal, tumores ginecológicos, mama, pulmón, tumores cutáneos, cabeza y cuello, sarcomas y tumores urológicos.

En segundo lugar se hará una puesta en común con el servicio de farmacia y con enfermería para mejoras y modificaciones.

Por último lugar un farmacéutico introducirá y actualizará de manera paulatina los protocolos en el programa informático Farmis para su posterior puesta en marcha.

##### INDICADORES

Número de esquemas terapéuticos nuevos introducidos respecto al total.

Número de esquemas terapéuticos eliminados respecto al total.

Número de esquemas terapéuticos en los que se modifica la premedicación respecto al total.

Tiempo de estancia en el hospital de día para la administración de terapia oncológica antes y después de la modificación de los esquemas de premedicación.

Número de pacientes por día a los que se administra tratamiento por parte de la unidad de oncología antes y después de revisar los protocolos terapéuticos.

##### DURACIÓN

Revisión y actualización de los protocolos entre los meses de Julio a Octubre.

Puesta en común de los protocolos actualizados con el servicio de farmacia e incorporación paulatina en el programa informático Farmis durante Noviembre - Diciembre.

Puesta en marcha del proyecto en Diciembre.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

### 1. TÍTULO

#### INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA HERRERA TOLOSANA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES  
ESCOLAN GELOS ANGEL  
FONTANA CALVO MARIA ISABEL  
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA  
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica.  
- Entrega del informe al paciente durante la consulta  
- Encuesta de utilidad del informe:  
- Se le ha entregado el informe SI / NO  
- Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.  
- Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-% de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe: standard marcado 90 %, alcanzado 75%  
-% pacientes que consideran útil la información : 100 %

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes se encuentran muy satisfechos de acudir al audioprotésita con un informe elaborado por su médico otorrinolaringólogo responsable, en el que indique su patología las pruebas realizadas y sus resultados. Los audioprotésitas valoran positivamente esta información valiosa del paciente, que mejora la calidad de su adaptación protésica posterior. Como lecciones aprendidas al evaluarla es que no todos los profesionales del servicio entregamos el informe y que hay que hacer un esfuerzo porque todos los pacientes se vayan con el mismo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1567 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1567

Título  
INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACIONAUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

Autores:  
HERRERA TOLOSANA SILVIA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Los especialistas en Otorrinolaringología realizamos la prescripción de las prótesis auditivas y son

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1567

### 1. TÍTULO

#### INFORME MEDICO ORIENTATIVO SOBRE LA ADAPTACION AUDIOPROTESICA, EN PACIENTES CON HIPOACUSIA

finalmente los audioprotesistas quienes realizan la adaptación de los pacientes.  
La correcta adaptación depende en gran medida de la información de la que dispongan en los gabinetes de audioprótesis, conocimiento de patologías concomitantes, antecedentes quirúrgicos y otoscopia.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Conseguir la unificación y precisión de la información que se proporciona a los pacientes que precisan una adaptación protésica.
- Entregar un informe para que los pacientes dispongan de toda la información para entregar a los audipotesistas para la adaptación de las prótesis auditivas más adecuadas a sus necesidades
- Alcanzar una mayor seguridad y calidad en la adaptación protésica

#### MÉTODO

- Elaboración de un modelo de informe para los pacientes que son valorados en las Consultas de ORL y precisan adaptación protésica
- Entrega del informe al paciente durante la consulta
- Encuesta de utilidad del informe:
  - Se le ha entregado el informe SI / NO
  - Grado de utilidad en la adaptación protésica mucho / bastante/ indiferente / poco / nada
  - Grado de satisfacción información para la adaptación: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

#### INDICADORES

- % de pacientes que precisan audioprótesis y reciben el informe (>=90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

#### DURACIÓN

- Elaboración del informe: antes del 15 de septiembre
- Entrega del informe y encuesta: desde 15 septiembre. Las encuestas se entregarán en las sucesivas consultas.
- Análisis de resultados provisionales: A los 3 meses del inicio de las actividades

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GASCON RUBIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES  
ESCOLAN GELOS ANGEL  
FONTANA CALVO MARIA ISABEL  
HERRERA TOLOSANA SILVIA  
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL  
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso  
- Encuesta de satisfacción:  
- Se le ha entregado la hoja SI / NO  
- Ha sido útil la información aportada SI /NO  
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa standar: 90 %, alcanzado : 90%  
- % pacientes que consideran útil la información: standar 90 %, alcanzado:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Los pacientes encuentran útil la información aportada, con bastante grado de satisfacción, ya que les da seguridad al conocer su proceso durante el ingreso y donde acudir a pedir información si durante el pase de planta no ha podido estar el acompañante o surgen dudas después.  
Conclusión: Tenemos que intentar que al 100% de los pacientes se les entregue la hoja informativa, implicando a otros estamentos de la atención sanitaria.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1568 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1568

Título  
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Autores:  
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención. La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

#### MÉTODO

- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

#### INDICADORES

- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

#### DURACIÓN

- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante
- Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GASCON RUBIO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H SAN JORGE
- Localidad ..... HUESCA
- Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
- Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES  
ESCOLAN GELOS ANGEL  
FONTANA CALVO MARIA ISABEL  
HERRERA TOLOSANA SILVIA  
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención.

La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

El objetivo del proyecto es aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

Se implica a los profesionales de enfermería, que son quienes entregan la hoja informativa y la encuesta de satisfacción, desde septiembre de 2018. Y la supervisora de nuestra planta la que se encarga de que siempre haya hojas disponibles y se le entreguen a los pacientes al ingreso.

- Entrega de la hoja informativa al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A los 3 meses evaluamos los siguientes indicadores.  
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa ( 90%)  
- % pacientes que consideran útil la información (100%)

Al año de implantación, evaluamos los siguientes indicadores:  
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa ( 95%)  
- % pacientes que consideran útil la información (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los pacientes encuentran útil la información aportada, con bastante grado de satisfacción, ya que les da seguridad al conocer su proceso durante el ingreso y donde acudir a pedir información si durante el pase de planta no ha podido estar el acompañante o surgen dudas después.

Los profesionales que integramos este equipo de mejora encontramos muy satisfactorio que los pacientes y sus familiares y acompañantes tengan la información que les aportamos, para que sepan como va a ser su proceso asistencial y a donde y en qué momento acudir para información complementaria.

Evaluando la información que les aportamos, se ha ido mejorando la misma, y así hemos incluido alguna información complementaria sobre dónde solicitar la baja en caso de necesidad y cómo contactar con la trabajadora social en caso de necesidad.

7. OBSERVACIONES.

Desde el Servicio de ORL queremos cambiar a el responsable de este proyecto, ya que la compañera, M. Cristina Gascón Rubio, ya no pertenece al Servicio de ORL del H. San Jorge de Huesca, ahora trabaja en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza.

Querriamos que la responsable del proyecto ahora fuese Silvia Herrera Tolosana, FEA del HS Jorge (Huesca), con DNI 18048839A y correo electronico: silviaherrera@hotmail.com. Gracias.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1568 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1568

Título  
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Autores:  
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención. La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

RESULTADOS ESPERADOS  
Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

MÉTODO  
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL  
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso  
- Encuesta de satisfacción:  
- Se le ha entregado la hoja SI / NO  
- Ha sido útil la información aportada SI /NO  
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

INDICADORES  
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)  
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN  
- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre  
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante  
-Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0278

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ABIO ALBERO SONIA  
CALVO AGUILAR JOSEFA  
SAN AGUSTIN PERIE CARMEN  
REDON LABARTA MONTSERRAT  
BELLON CLAVER PILAR  
LOPEZ UBEDA MARTA  
PABLO ZARO MARIA JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DURANTE EL MES DE MAYO SE REUNIÓ EL EQUIPO COORDINADOR Y REVISANDO LA BIBLIOGRAFÍA EXISTENTE REALIZO UN PROTOCOLO ACTUALIZADO DE ESTUDIO DE DESPISTAJE DE HIPOACUSIA NEONATAL: REGISTRÁNDOSE TODOS LOS PACIENTES CON OEA (OTOEMISIONES ACÚSTICAS) ALTERADAS, LAS PETICIONES REALIZADAS DE PEAT Y LOS RESULTADOS PATOLÓGICOS ENCONTRADOS. INCLUYENDO TRAS LA SEGUNDA OEA ALTERADA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR CMV (MEDIANTE PCR EN ORINA), CON INCLUSIÓN DE UNA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIO DEL TRATAMIENTO.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DURANTE EL PERÍODO DEL 18 DE MAYO DE 2018 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2018, SE REALIZARON UN TOTAL DE 597 OEA, TENIENDO QUE REPETIRSE 11 EN LA SEGUNDA SEMANA DE VIDA, DE LAS CUALES 9 FUERON NORMALES. EN LOS DOS PACIENTES CON OEA REPETIDA NEGATIVA SE SOLICITO RECOGIDA DE ORINA PARA DESPISTAJE DE CITOMEGALOVIRUS, DETECTÁNDOSE UN CASO POSITIVO CON PEAT COMPATIBLE CON HIPOACUSIA BILATERAL MODERADA. EL OTRO PACIENTE CON OEA NEGATIVA, SE REPITIÓ AL MES PERSISTIENDO ALTERADO DE FORMA UNILATERAL. SE SOLICITARON PEAT QUE FUE COMPATIBLE CON HIPOACUSIA IZQUIERDA LEVE. GRACIAS A LA INSTAURACIÓN DE DICHO PROTOCOLO DE DESPISTAJE SE LOGRO DETECTAR A LOS 16 DÍAS DE VIDA, UN CASO DE INFECCIÓN NEONATAL POR CITOMEGALOVIRUS QUE PERMANECÍA CLÍNICAMENTE ASINTOMÁTICO Y SE INICIO TRATAMIENTO CON VALGANCICLOVIR, QUE HA CONTINUADO DURANTE 6 MESES. EN EL CONTROL LA HIPOACUSIA HA PASADO DE MODERADA A MODERADA-LEVE, PENDIENTES DE FINALIZAR TRATAMIENTO.

#### INDICADORES:

Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /TOTAL PACIENTES CON OEA ALTERADAS:1/11

Nº PEAT SOLICITADOS /TOTAL PACIENTES CON OEA REALIZADAS:2/597

Nº PACIENTES AFECTOS DE INFECCIÓN POR CMV CONGÉNITO /PEAT REALIZADOS: 1/2

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ HA SIDO MUY BIEN ACOGIDA POR EL SERVICIO, PERMITIENDO EL TRATAMIENTO PRECOZ DE UN PACIENTE QUE DE OTRA MANERA SE HUBIERA DETECTADO DE MANERA TARDÍA. COMO POSIBLE PROPUESTA DE MEJORA, SE PLANTEA LA CREACIÓN DE UNA HOJA DE RECOGIDA DE INDICADORES DE RIESGO DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, QUE INCLUIRÍA LOS ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPOACUSIA, PESO DE RECIÉN NACIDO INFERIOR A 1500GR, ANOMALIAS CRANEOFACIALES, MENINGITIS BACTERIANA, HIPERBILIRRUBINEMIA QUE PRECISA EXSANGUINOTRANSFUSIÓN, PUNTUACIÓN BAJA DEL APGAR Y MEDICACIÓN OTOTOXICAS. Y EN DICHS PACIENTES DE RIESGO SEGUIMIENTO MÁS ESTRECHO SOLICITÁNDOSE PEAT.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/278 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0278

#### Título

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

#### Autores:

SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, ABIO ALBERO SONIA, CALVO AGUILAR JOSEFA, SAN AGUSTIN PERIE CARMEN, REDON LABARTA MONTSERRAT, BELLON CLAVER PILAR, LOPEZ UBEDA MARTA, PABLO ZARO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0278

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE HIPOACUSIA NEONATAL MEDIANTE LA INCLUSION DEL DESPISTAJE DE LA INFECCION CONGENITA DE CITOMEGALOVIRUS

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El cribado de recién nacidos para la pérdida auditiva conduce a una detección e intervención más temprana en pacientes con problemas auditivos congénitos. La intervención temprana puede mejorar la adquisición del lenguaje y el rendimiento educativo en los pacientes afectados. La evidencia es clara de que el cribado de los recién nacidos detecta la pérdida de la audición a una edad significativamente más temprana que el hecho de basarse únicamente en la identificación de los signos clínicos de la pérdida auditiva.  
El citomegalovirus (CMV) congénito es la causa infecciosa más frecuente de pérdida auditiva neonatal o de inicio tardío permanente, y lo que es más importante, existe la posibilidad de terapia antiviral que mejore su pronóstico.  
Sin embargo, el coste beneficio es elevado por lo que no se recomienda su detección universal en todos los recién nacidos que no superen en una ocasión las otoemisiones acústicas (OEA), reservándose para la detección selectiva de aquellos casos que presenten síntomas compatibles o que en 2 ocasiones no se superen las otoemisiones acústicas, sin retrasar con ello el diagnóstico temprano de la hipoacusia.  
Si se detectan pruebas de detección positivas para CMV el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores los resultados auditivos cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un registro de los paciente con pruebas alteradas en el despistaje de hipoacusia neonatal mediante OEA.  
Estandarizar la inclusión del cribado de la infección congénita de CMV, mediante análisis de orina precoz, tras alteración de la 2º OEA.  
Protocolizar la solicitud del los Potenciales Auditivos Evocados (PEAT) tras 3º OEA alterada.

##### MÉTODO

Diseño actualizado del protocolo de estudio de despistaje de hipoacusias neonatales  
Registro de todos los pacientes con OEA alteradas.  
Registro de las peticiones realizadas de PEAT y resultados patológicos encontrados.  
Registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV, con inclusión de una hoja de consentimiento informado para inicio del tratamiento.

##### INDICADORES

Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /total pacientes con OEA alteradas.  
Nº PEAT solicitados /total pacientes con OEA realizadas  
Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito /PEAT realizados

##### DURACIÓN

Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en Junio 2018  
Revisión final de los resultados a finales de Diciembre 2018, con valoración de nuevas propuestas de mejora.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0283

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES ODRIOZOLA GRIJALBA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE  
VERA BELLA CARMEN  
GALLEGO DOMEQUE ESTHER  
LAVILLA ABRIL SHEILA  
OTAL ORDAS LUCIA  
SANTANA ESPEJO EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se han realizado 2 sesiones de actualización en RCP neonatal, por las mañanas y en la misma planta de pediatría, para formación y mejora de los miembros de la plantilla (pediatras, enfermeras/os, matronas y auxiliares) en reanimación neonatal, situación que vivimos de forma frecuente en nuestro servicio dado el número de partos anuales, principalmente durante las guardias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Mantener formado al personal encargado de llevar a cabo dichas situaciones de reanimación neonatal, familiarizándose con el material necesario y perdiendo el miedo a actuar ante las diversas situaciones de estrés que se viven en paritorio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Se trata de un proyecto necesario debido a que la reanimación neonatal forma parte de nuestra práctica clínica diaria, y la buena praxis tendrá gran repercusión en la salud y futuro del recién nacido y sus familias. Por la situación laboral actual existe cierta rotación y cambio en el personal del Servicio (pediatras, enfermeras/os y auxiliares), que hace indispensable este tipo de formación continuada. No implica gasto de recursos por lo que vemos indispensable su mantenimiento de forma indefinida.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/283 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0283

Título  
ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

Autores:  
ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, VERA BELLA CARMEN, GALLEGO DOMEQUE ESTHER, LAVILLA ABRIL SHEILA, OTAL ORDAS LUCIA, SANTANA ESPEJO EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El Servicio de Pediatría consta de una unidad específica de atención neonatal, donde una enfermera y un técnico auxiliar de enfermería se encargan de los cuidados del recién nacido sano y patológico, junto con el equipo de pediatras del Servicio. Cuando tiene lugar en paritorio o en quirófano un parto complicado (instrumentado, cesárea, o posible alteración del bienestar fetal por diversas circunstancias) acudimos de inmediato al área quirúrgica la enfermera y el pediatra para asistir al recién nacido en el momento del parto, junto con la ayuda de la matrona. En dicho momento crítico nos encontramos la mayoría de las veces (puesto

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0283

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y MEJORA CONTINUA EN REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP) NEONATAL

que ocurre frecuentemente en horario de guardia) un máximo de 3 personas, que debemos estar perfectamente capacitadas para realizar la RCP al neonato de forma óptima. La trascendencia de dicha actuación (vital para en neonato) y el frecuente cambio de personal por sustituciones y nuevas incorporaciones en el área materno-infantil, nos obliga a mantener una continua actualización y formación en dicha materia.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Formación continua en RCP neonatal para una mejora en la asistencia al recién nacido en el parto y al neonato ingresado que sufra una posible parada respiratoria y/o cardiaca.  
Tendrán una duración aproximada de 2 horas y constarán de una primera parte breve teórica en pediatría seguida de una fase práctica en la cuna de reanimación del área de paritorio, y finalizando en la incubadora de transporte para simular el posible traslado del paciente.  
Optimización de recursos en RCP neonatal para un uso más eficiente.

#### MÉTODO

Se realizarán sesiones periódicas programadas de actualización en RCP neonatal para el personal del área materno-infantil, 3-4 sesiones al año.  
Tendrán una duración aproximada de 2 horas y constarán de una primera parte breve teórica en pediatría seguida de una fase práctica en la cuna de reanimación del área de paritorio, y finalizando en la incubadora de transporte para simular el posible traslado del paciente.  
Recursos: pediatras docentes, muñecos lactantes (disponemos), ordenador y pantalla.

#### INDICADORES

Calendario de sesiones cada 3-4 meses para abarcar a todo el personal implicado en la asistencia al recién nacido en el área materno-infantil del Hospital San Jorge y las nuevas incorporaciones.  
Cumplimiento de dicho calendario y encuesta de satisfacción a los receptores de las distintas sesiones valorando su utilidad.  
Reuniones posteriores a una reanimación neonatal real para analizar las actuaciones, errores y campos de mejora.

#### DURACIÓN

Sesiones (duración 2 horas): Enero 2018 (ya realizada), Mayo-Junio 2018, Octubre-Noviembre 2018.  
Responsables de su implantación: Equipo de Pediatría del Hospital San Jorge.  
Reuniones del equipo de reanimación tras los casos reales que surjan durante el año.  
Fecha de proyecto: Enero 2018-Diciembre 2018.

#### OBSERVACIONES

Disponemos actualmente de todos los recursos necesarios para el proyecto.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO GRACIA  
· Profesión ..... PEDIATRA  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

ODRIOZOLA GRIJALBA MERCEDES  
VERA BELLA CARMEN  
JIMENEZ BLANCO COVADONGA  
DELGADO PUENTE MARTA  
VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS  
SANTOLARIA ESCARTIN DOLORES  
SANTAFE LOPEZ SONIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva se creó la consulta de Alta Resolución Neonatal en enero de 2018, asignando a la misma la agenda correspondiente (PED PL). Se informó al servicio de Pediatría-Neonatología de la nueva consulta para el conocimiento de todo el personal tanto médico, como enfermería y auxiliares.

Las citaciones de los pacientes en dicha consulta son gestionadas desde la planta de Pediatría (Nido) a través del personal de enfermería. Se elaboró por ello un documento explicativo sobre el proceso de citación, que se encuentra a disposición del personal en el área de Neonatología; además de ofrecer información verbal a las enfermeras de la unidad sobre el proceso de citación.

A lo largo del año 2018 el número total de recién nacidos en el hospital ha sido de 545, siendo 36 de ellos prematuros entre 34 y 36 semanas de gestación y 3 de ellos prematuros menores de 34 semanas de gestación. En este periodo han sido citados y atendidos en la consulta de alta resolución un total de 188 pacientes (generando 222 episodios), lo que supone un 34,5% del total de recién nacidos.

En mayo de 2018 se elaboró un sistema de registro manual donde constan los pacientes atendidos en la consulta y el motivo de derivación a la misma, con el objetivo de conocer las características de los pacientes citados. Desde el 1/05/2018, se registraron manualmente 152 pacientes atendidos de un total de 446 recién nacidos totales en ese periodo (34%). En el registro informático aparecen, tras eliminar algunas citaciones repetidas erróneamente, 148 citaciones (correspondientes a 143 pacientes, ya que algunos de ellos precisaron ser citados varios días). Existe, por lo tanto, cierta discrepancia entre el registro manual y el informático con 117 pacientes que figuran en ambos registros, 31 pacientes que figuran únicamente en el registro informático y 35 pacientes que aparecen sólo en el registro manual.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal motivo de consulta es el control de peso y/o de ictericia, incluyendo una valoración de la lactancia materna en aquellos recién nacidos alimentados de esta manera. A continuación se detallan las características de los 152 pacientes registrados manualmente desde el 1/05/2018. Se realizó control de peso en 86 pacientes (56,5% de los pacientes citados), precisando ingreso únicamente uno de los pacientes por pérdida ponderal excesiva y deshidratación. El control de ictericia se realizó en 51 pacientes (33,5%), en la mayoría de las ocasiones (n=47) de forma conjunta con el control de peso. En estos pacientes se realiza generalmente control clínico, mediante exploración física, y determinación de la cifra de bilirrubina transcutánea. En 11 de los pacientes fue preciso realizar analítica sanguínea para bilirrubina venosa, precisando 7 de ellos ingreso para tratamiento.

En los pacientes citados a control de peso, se hizo también apoyo y refuerzo de lactancia materna si era preciso. De los 8 recién nacidos dados de alta con lactancia mixta tras el nacimiento, uno de ellos era alimentado con lactancia materna exclusiva a la semana de vida. De los que habían sido dados de alta con lactancia materna exclusiva: el 38% precisó lactancia mixta tras el control en consulta y, sólo uno, se alimentaba con lactancia artificial a la semana de vida.

Si hacemos referencia al grupo de prematuros tardíos (34-36 semanas), en los 28 pacientes que nacieron a partir del 1/05/2018 se aseguró un adecuado control de peso a las 24-48 horas del alta. El 50% de ellos fueron citados en la consulta de alta resolución. Del resto, uno de ellos precisó traslado al hospital de referencia y los demás fueron dados de alta con una curva ponderal ascendente en los últimos días de ingreso, por lo que el control clínico se realizó en su centro de salud.

Otra de las causas por las que se decidió crear la consulta de alta resolución neonatal fue la necesidad, en ocasiones, de repetir alguna de las pruebas de cribado realizadas a todos los recién nacidos antes del alta. El cribado metabólico o "prueba del talón" se repitió en 39 pacientes (25,65% del total); de los cuales 20 neonatos eran prematuros y 5 eran recién nacidos de 37 semanas de edad gestacional. Se recomienda repetir este cribado endocrino-metabólico en todos los recién nacidos prematuros a los 15 días de vida, lo que justifica el elevado número de casos correspondientes a este grupo. Sin embargo, el total de recién nacidos prematuros en este periodo (desde 1/05/2018) fue de 30, por lo que sería recomendable en un futuro analizar el motivo por el que no consta la repetición de la prueba en 10 de estos pacientes. Por otro lado, el cribado auditivo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

mediante otoemisiones acústicas fue el motivo de derivación a consulta en 24 pacientes (15,7%).

Constan además otros motivos diferentes de consulta, menos frecuentes, como la recogida de orina para detección de citomegalovirus, control de glucemia, extracción de analítica sanguínea o revisión del cordón umbilical. No se ha registrado ningún caso de alta precoz (antes de las 48 horas de vida). Del total de pacientes registrados desde mayo (152), únicamente 8 precisaron reingreso hospitalario tras ser valorados en consulta (5%). Si excluimos a aquellos que fueron citados para realización de pruebas complementarias, el porcentaje de ingresos sería del 9%. En el caso de no disponer de la consulta de alta resolución la mayoría de estos pacientes hubiesen precisado alargar su estancia hospitalaria un mínimo de 24-48 horas, con todas las consecuencias que esto conlleva.

Por otro lado, entre mayo y diciembre de 2018, 63 pacientes han precisado la repetición de pruebas complementarias específicas del periodo neonatal (siendo muchos de estos casos pacientes prematuros).

#### INDICADORES:

- N° de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de Alta resolución (AR) a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos prematuros tardíos: Cumplimiento 100%
- N° de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de AR a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos con alta precoz. Cumplimiento: 100% (no ha habido ningún alta precoz)
- N° de pacientes que precisan reingreso/N° total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 5%
- N° de pacientes citados para control de peso/N° total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 56,5%
- N° de pacientes citados para control de ictericia/N° total de pacientes citados en consulta de AR. Valor: 33,5%
- N° de pacientes citados informativamente en consulta de AR/ N° total de pacientes registrados en sistema de registro de consulta de AR. Valor: 97%
- N° de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de AR/N° total de pacientes citados a control clínico en consulta de AR. Valor: 60%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos adecuado incidir en conseguir que las citaciones informatizadas en la consulta sean del 100% de los pacientes atendidos.

Consideramos el bajo porcentaje de reingresos un aspecto muy positivo en relación con el rendimiento y utilidad de la consulta. En el caso de no disponer de la consulta de alta resolución la mayoría de los pacientes citados hubiesen precisado alargar su estancia hospitalaria un mínimo de 24-48 horas, con todas las consecuencias que esto conlleva.

El recién nacido presenta una complejidad que hace deseable su manejo por personal entrenado; por ello, nos parece importante y de gran utilidad el disponer de esta consulta para la realización de las diversas pruebas que puedan ser necesarias. Pensamos que esta herramienta proporciona un elemento de mejora en la calidad de la asistencia ofrecida a estos pacientes.

CONCLUSIONES FINALES: Consideramos que la implantación de la consulta de alta resolución neonatal supone una mejora en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes, por lo que se mantendrá en el futuro. Gracias a esta herramienta se han disminuido los días de estancia hospitalaria de un importante número de pacientes sin que esto implique una elevada tasa de reingresos. Además, se garantiza la realización de forma reglada y por personal experto de las pruebas complementarias que puedan ser necesarias en estos pacientes durante el periodo neonatal.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/359 ===== \*\*\*

N° de registro: 0359

Título  
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

Autores:  
SANCHO GRACIA ELENA, ODRIUZOLA GRIJALBA MERCEDES, VERA BELLA CARMEN, JIMENEZ BLANCO COVADONGA, DELGADO PUENTE MARTA, VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS, SANTOLARIA ESCARTIN DOLORES, SANTAFAE LOPEZ SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica ..: Eficiencia  
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La duración de la estancia del binomio madre-recién nacido (RN) tras el parto ha disminuido progresivamente en las últimas décadas; siendo actualmente lo habitual en nuestro medio una estancia hospitalaria del RN sano de al menos 48h. Dado que el periodo de hospitalización es breve, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada por lo que es necesario extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas cercanas al 10% o dificultades en relación con la lactancia materna. Asimismo, pueden surgir complicaciones tras el alta como la aparición de ictericia que resulta una de las causas más frecuentes de reingreso.

En los últimos años la tasa de prematuridad se ha incrementado, sobretodo en relación con los prematuros tardíos, los cuales presentan mayor riesgo de complicaciones y mayores tasas de reingreso hospitalario que los RN a término. Los criterios para el alta de estos pacientes son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, necesitan un seguimiento más estrecho por lo que se ha de garantizar un seguimiento médico a las 24-48h.

Por otro lado, cabe la posibilidad de valorar una estancia reducida (menor de 48 horas) ante petición familiar en el caso de RN a término sanos; aunque esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, este alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico precoz tras el alta debido al riesgo de posibles anomalías no detectadas en el ingreso. Finalmente, existen una serie de pruebas complementarias que se solicitan a los recién nacidos de forma rutinaria (cribado metabólico y auditivo) que en determinadas ocasiones pueden precisar ser repetidas en el centro hospitalario lo cual debe de ser registrado y realizado de forma organizada.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Implantación de una consulta de alta resolución neonatal
- Asegurar un control pediátrico precoz en paciente de riesgo de presentar complicaciones tras el alta (prematuros tardíos, alta precoz, dificultades de alimentación, riesgo de ictericia severa) lo cual permitirá, entre otras cosas, disminuir la estancia media hospitalaria de los mismos.
- Promoción de lactancia materna
- Realización de pruebas complementarias en planta de pediatría por personal formado y de forma organizada.
- Registro de pacientes que precisan citación en consulta de alta resolución para conocer la prevalencia de los diferentes motivos de derivación.
- Detección de problemas de aparición tras el alta y disminución de tasa de reingreso

##### MÉTODO

- Revisión bibliográfica
- Creación de agenda específica para consulta de alta resolución (Enero 2018)
- Información a todo el personal del servicio del funcionamiento de dicha consulta
- Implicación del personal en la organización y citación de los pacientes.
- Elaboración de un registro de pacientes atendidos, motivos de derivación de los mismos y pruebas complementarias realizadas.
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

##### INDICADORES

- N° de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de Alta resolución (AR) a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos prematuros tardíos.
- N° de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de AR a las 24 - 48 horas del alta / N° total de recién nacidos con alta precoz.
- N° de pacientes que precisan reingreso/N° total de pacientes citados en consulta de AR.
- N° de pacientes citados para control de peso/N° total de pacientes citados en consulta de AR
- N° de pacientes citados para control de ictericia/N° total de pacientes citados en consulta de AR
- N° de pacientes registrados en sistema de registro de consulta de AR / N° total de pacientes citados en consulta de AR.
- N° de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de AR/N° total de pacientes citados a control clínico en consulta de AR.

##### DURACIÓN

- Revisión bibliográfica: Enero-febrero 2018
- Creación agenda de consulta: Enero 2018
- Información al servicio: Marzo 2018
- Elaboración sistema de registro: Abril-Mayo 2018
- Revisión de indicadores: Noviembre-Diciembre 2018

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0359**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCION NEONATAL**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0441

### 1. TÍTULO

#### CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SOFIA CONGOST MARIN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR  
LAFALLA BERNAD OLIVIA  
FONCILLAS SANZ BEATRIZ  
BELLON CLAVER PILAR  
BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la revisión bibliográfica se inició la puesta en común. Hasta la fecha se han realizado 3 sesiones. Se ha establecido una reunión semanal para comentar los embarazos patológicos así como la agenda semanal de cesáreas y partos de riesgo. También se ha presentado la evolución de los recién nacidos que se han considerado relevantes.  
Se ha actualizado la pauta de analgesia no farmacológica en el recién nacido.  
Se están revisando los protocolos de hijo de madre diabética, hijo de madre con disfunción tiroidea e hijo de madre portadora de estreptococo del grupo B (pendientes de ratificación).  
Se ha actualizado el despistaje de Toxoplasmosis durante la gestación.  
Se están revisando las indicaciones de screening neonatal de citomegalovirus.  
Se ha comentado la administración de sulfato de magnesio a las gestantes con amenaza de parto prematuro como medida de neuroprotección.  
Se han revisado las recomendaciones de asistencia al parto normal según versan en la guía de práctica clínica del sistema nacional de salud.  
Se ha revisado el proceso de identificación del recién nacido.  
Se ha producido la reconversión de la planta de Obstetricia y se está evaluando el impacto que este cambio ha supuesto en la atención al recién nacido y su madre.  
Se han establecido unos mínimos en la información telefónica cuando se solicita la presencia del servicio de Pediatría a un parto de riesgo.  
Se está estudiando la posibilidad de aproximar la cuna térmica de reanimación al quirófano correspondiente en las cesáreas.  
Se ha establecido la rutina de glucemias a los recién nacidos hijos de madre con diabetes gestacional antes de llegar a la planta de maternidad.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de reuniones/año: 3 en 9 meses (desde el inicio de las reuniones).  
Porcentaje de asistencia: 100%  
Numero de protocolos actualizados: 3 (pendientes de ratificación)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global es muy satisfactoria ya que se han tratado múltiples temas muy relevantes en nuestra practica médica diaria. Queda pendiente la ratificación de los protocolos revisados y continuar con la puesta en común. Las reuniones del comité van a continuar realizándose con una periodicidad bimensual así como la reunión semanal con el servicio de Obstetricia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/441 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0441

Título  
CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:  
CONGOST MARIN SOFIA, SANZ DE MIGUEL MARIA DEL PILAR, LAFALLA BERNAD OLIVIA, HERNANDEZ ARAGON MONICA, ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, BELLON CLAVER PILAR, BARBANOJ TORRECILLA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0441**

**1. TÍTULO**

**CREACION DEL COMITE PERINATAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para los servicios de salud, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas y fetales en el embarazo y el parto, el diagnóstico oportuno y la atención adecuada.

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante una atención prenatal temprana, sistemática y de calidad, permitiendo identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

Propiciar la atención prenatal de forma integral, mediante la creación de un equipo multidisciplinar (Unidades de Pediatría y Obstetricia) estimula acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Generar las directrices para disminuir la morbi-mortalidad perinatal.

Intervenir para mejorar el diagnóstico, seguimiento, derivación y tratamiento de los partos prematuros y neonatos prematuros.

Optimizar la coordinación para el manejo de recién nacidos que nacen con patologías susceptibles de diagnóstico prenatal y/o que requieren de tratamientos médicos o quirúrgicos especiales.

Coordinación, comunicación e integración tanto a nivel local como con la red asistencial para fortalecer los aspectos preventivos, de diagnóstico precoz, derivación fluida y tratamiento oportuno por los servicios clínicos correspondientes.

Se presentarán los casos y temas que requieren un manejo perinatal multidisciplinario.

**MÉTODO**

Establecimiento de rutina de reuniones periódicas del comité de salud perinatal formados por pediatras, obstetras, matronas y enfermeras de pediatría y obstetricia.

Presentación de las pacientes en control: En estas reuniones se presentan todas las pacientes en control, se actualiza el estudio, evolución y se discute el manejo en forma multidisciplinaria, consensuando las actuaciones pertinentes según la evidencia.

Presentación de Temas: se realizan presentaciones actualizadas de temas relacionados con las pacientes en control, elaborando protocolos conjuntos de actuación.

**INDICADORES**

Numero de reuniones/año (minimo 2/ año, limite superior 12/año)

Porcentaje de asistencia (minimo 50%, limite superior 100%)

Número de pacientes estudiados/embarazos controlados en el servicio (según patología).

Numero de protocolos actualizados/consensuados (minimo 1/año).

**DURACIÓN**

- Abril- Mayo 2018: búsqueda bibliográfica

- Junio 2018 inicio de reuniones con periodicidad mínima semestral

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753**

**1. TÍTULO**

**DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS**

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SONIA ABIO ALBERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CONGOST MARIN SOFIA  
LOPEZ UBEDA MARTA  
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE  
AZANZA MONTULL MAMEN  
URZOLA CASTRO CARMEN  
CASAJUS BETRAN CARMEN  
SERAL SOLANES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En los meses de junio y septiembre se consensuó junto al Servicio de Endocrinología del Hospital el plan a seguir. Se fijó el calendario de la consulta de transición en todos los primeros lunes no festivos de cada mes. La consulta se localiza físicamente en las consulta 52 de consultas externas (correspondientes a endocrinología.). Se ha asignado una agenda específica desde el servicio de citaciones. En dicha consulta, nos reunimos la pediatra, la endocrinóloga y la enfermera perteneciente a la consulta de endocrinología. Se realiza una entrevista al paciente de manera conjunta, somatometría y medición de la HbA1c capilar. Cuando se precisa, se realiza colaboración por la enfermera y TCAE de la consulta de pediatría, así como por la enfermera de dietética y nutrición. En las primeras consultas realizadas hasta el momento actual, la supervisión del paciente ha sido realizada principalmente por la pediatra, que es la persona con quien los pacientes están más familiarizados, con el fin de que progresivamente sea la endocrinóloga quien realice este papel.

El criterio de inclusión en esta consulta ha sido principalmente la edad, se han incluido pacientes de 17 años, ó próximos a cumplirlos, con el objetivo de durante un año realizar las consultas de manera conjunta, con una periodicidad trimestral y al cumplir los 18 años continuar el seguimiento en la consulta de adultos. Hasta el momento actual (febrero 2018) se han realizado dos consultas y han sido incluidos dos pacientes. Esta previsto, cuantificar el grado de satisfacción de los pacientes mediante una encuesta .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados hasta ahora alcanzados son preliminares, serán mejor concretados en la memoria final el año próximo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La iniciativa ha sido muy bien acogida tanto por los pacientes como por sus familias así como por los profesionales implicados. Creemos que en patologías de tipo crónico como es la Diabetes Mellitus tipo 1, es importante realizar en la adolescencia una transición a adultos de manera progresiva que permita un seguimiento mas cercano del paciente y redunde en un mejor control metabólico de la enfermedad.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/753 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0753

Título  
DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Autores:  
ABIO ALBERO SONIA, CONGOST MARIN SOFIA, LOPEZ UBEDA MARTA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, AZANZA MONTULL CARMEN, URZOLA CASTRO CARMEN, CASAJUS BETRAN CARMEN, SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología .....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753**

**1. TÍTULO**

**DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS**

Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen... como una "interrupción" en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario. Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento. Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta "de vuelta" tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

**MÉTODO**

Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.  
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.  
Registro de pacientes incluidos.  
Registro de consultas conjuntas realizadas.  
Registro de consultas "de vuelta" realizadas.  
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.  
Actualización bibliográfica, Búsqueda de últimas recomendaciones internacionales.

**INDICADORES**

Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.  
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.  
Nº de consultas "de vuelta" realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.  
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

**DURACIÓN**

Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.  
Reunión y revisión de la experiencia inicial en diciembre 2018.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

### 1. TÍTULO

#### DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SONIA ABIO ALBERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CONGOST MARIN SOFIA  
LOPEZ UBEDA MARTA  
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE  
AZANZA MONTULL MAMEN  
URZOLA CASTRO CARMEN  
CASAJUS BETRAN CARMEN  
SERAL SOLANES MARIA JOSE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De acuerdo con el planteamiento inicial, se estableció una consulta denominada "consulta de transición del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1". El lugar elegido fue la consulta de Endocrinología de adultos. La agenda se estableció cada primer lunes de mes con fecha de inicio en diciembre de 2018. Debido al volumen inicial de pacientes, provenientes exclusivamente de la consulta de Endocrinología pediátrica del hospital, no ha sido necesario una consulta mensual. Las fechas en las que se ha desarrollado la consulta han sido: diciembre 2018, marzo, mayo, junio, agosto, octubre, diciembre de 2019. Actualmente ya hay programadas consultas para febrero y marzo de 2020. Los profesionales implicados principalmente han sido, la pediatra encargada del seguimiento de los niños y adolescentes con Diabetes ( Dra. S.Abió), la endocrinóloga de adultos ( Dra. J.Altemir) y la enfermera de dicha consulta ( MJ.Seral ).

Los criterios de inclusión de los pacientes han sido:

-control previo realizado en el Servicio de pediatría del Hospital San Jorge

- edad comprendida entre 14-18 años

- seguimiento posterior previsto en el Hospital San Jorge.

En la consulta de Diabetes pediátrica del Servicio de Pediatría del Hospital San Jorge, se controlan a día de hoy 21 pacientes. Han sido incluidos en el programa desde diciembre -2018 hasta el momento actual 4 pacientes. En los próximos dos meses, se van a incluir 2 más. Edades comprendidas entre 15-17 años al inicio de la consulta. Dos pacientes fueron excluidos del programa de transición por cambio en el lugar de residencia. Se ha realizado una media de 3 visitas por paciente, con carácter trimestral. Durante la consulta realizada de modo conjunto por los dos facultativos y la enfermera, se ha realizado un seguimiento clínico, antropometría, con revisión de las pautas respecto al tratamiento con insulina subcutánea, correcciones según las cifras de glucemias, alimentación y determinación de Hb glicosilada principalmente

Los pacientes han acudido acompañados de sus progenitores a las primeras consultas y progresivamente solos en las siguientes. De manera individual con cada paciente en la primera consulta el pediatra presenta e un resumen de la evolución de la diabetes desde el momento de su debut. En las siguientes consultas, se han ido combinado los diferentes matices en cuanto al enfoque pediátrico y al enfoque ya de un sujeto adulto por parte de ambos profesionales.

Para la valoración de esta iniciativa por parte de los pacientes se ha preparado una encuesta, para valorar más objetivamente su opinión.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido satisfactoriamente los objetivos propuestos al inicio de este proyecto

EL objetivo principal de este proyecto es aumentar la calidad de la atención que reciben nuestros jóvenes pacientes con Diabetes. La adolescencia es un periodo con importantes cambios a nivel, físico, mental y social. El poder conocer a los profesionales que van a realizar el seguimiento en edades ya consideradas adultas, de la mano del pediatra que conoce ya perfectamente a cada paciente, aporta mayor seguridad en el seguimiento y control de la enfermedad. Se ha conseguido un traspaso progresivo a un nuevo especialista, que ha sido muy bien recibido por los pacientes. Se ha favorecido también el alcanzar una mayor responsabilidad de los pacientes en su auto cuidado, otro de los objetivos de esta consulta. La comunicación entre los profesionales implicados ha sido fluida, lo cual ha favorecido, la buena organización de las consultas y el buen desarrollo de las mismas.

Tanto los pacientes como sus progenitores han manifestado en el momento de la consulta una buena acogida por esta iniciativa. A través de la encuesta se podrá valorar de manera más objetiva, y se recogerán sugerencias de mejora manifestadas por los pacientes

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un hospital con estas características en cuanto a tamaño y número de pacientes atendidos, la posibilidad de cercanía entre los profesionales que trabajamos permite realizar estas consultas interdisciplinares que favorecen el seguimiento de los pacientes, mejor control y manejo de la enfermedad por parte de los adolescentes con diabetes además de enriquecer el aprendizaje de los profesionales implicados.

Esta consulta iniciada en diciembre de 2018, va a quedar ya instaurada como parte del proceso de seguimiento de los niños y adolescentes que debutan con Diabetes con el fin de mejorar la calidad en la asistencia que se

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

### 1. TÍTULO

#### DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

les presta y siguiendo las recomendaciones de sociedades científicas como la ISPAD y la ADA.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/753 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0753

Título  
DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Autores:  
ABIO ALBERO SONIA, CONGOST MARIN SOFIA, LOPEZ UBEDA MARTA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, AZANZA MONTULL CARMEN, URZOLA CASTRO CARMEN, CASAJUS BETRAN CARMEN, SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen... como una "interrupción" en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario. Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente, con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento. Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta "de vuelta" tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

**MÉTODO**  
Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.  
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.  
Registro de pacientes incluidos.  
Registro de consultas conjuntas realizadas.  
Registro de consultas "de vuelta" realizadas.  
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

### 1. TÍTULO

#### DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

Actualización bibliográfica, Búsqueda de ultimas recomendaciones internacionales.

##### INDICADORES

Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.  
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.  
Nº de consultas "de vuelta" realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.  
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

##### DURACIÓN

Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.  
Reunión y revisión de la experiencia inicial en diciembre 2018.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0115

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MORER BAMBA  
· Profesión ..... PSICOLOGO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GIL PELEATO EVA  
ROMERA MORALES JOSE DAVID  
URZOLA CASTRO CARMEN  
CARCELLER TEJEDOR AMAYA  
PELEGRIN VALERO CARMELO MARIANO  
LACAL ALEJANDRE LAURA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión bibliográfica y de guías de práctica clínica sobre la evaluación psicológica en TCA
- Selección de las pruebas psicométricas más adecuadas
- Solicitud de compra de alguna de las pruebas
- Creación de un documento Word a modo de plantilla donde registrar las puntuaciones de cada prueba por paciente.
- Administración de las pruebas a los pacientes nuevos en la unidad
- Corrección de las pruebas
- Registro de las puntuaciones en la plantilla correspondiente

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

|   |           |
|---|-----------|
| Elaboración del protocolo y plantilla de registro | Alcanzado |
| Implantación del protocolo                        | Alcanzado |
| Casos nuevos con protocolo entregado              | 100%      |
| Casos nuevos con protocolo completado             | 80%       |

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La corrección y registro de las puntuaciones, así como su interpretación, requieren mucho tiempo y éste es difícil extraerlo del destinado a la asistencia. Por otro lado, con el cambio de ordenadores, se han perdido programas de corrección de tests psicológicos, motivo por el cual no se han podido corregir tests de los últimos pacientes nuevos. Siendo necesaria la compra de nuevo material, aun pendiente. Por restos motivos la sostenibilidad del proyecto está en riesgo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/115 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0115

Título  
MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:  
MORER BAMBA BARBARA, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, GIL PELEATO EVA, PELEGRIN VALERO CARMELO, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES, OJEDA MARTINEZ AINHOA IRUNE, LACAL ALEJANDRE LAURA, URZOLA CASTRO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica ..: Salud Mental  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: -----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0115

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROTOCOLO DE EVALUACION PSICOLOGICA DE LA UNIDAD DETRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge de Huesca es una unidad especializada, interdisciplinar, orientada al tratamiento integral de los pacientes en la provincia. Facilitando el acceso de tratamiento en el propio territorio. Se detecta la necesidad de instaurar un protocolo de evaluación psicológica con el fin de mejorar ésta, así como la precisión en el diagnóstico.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la evaluación psicológica de los pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria, tanto adolescentes como adultos, que acuden a la unidad, a través de un protocolo individualizado de evaluación.

##### MÉTODO

Aplicar el protocolo de evaluación en la primera acogida en la consulta de Psicología Clínica y elaborar un documento en el que se recojan de forma unificada los resultados. El protocolo de evaluación consistirá en una serie de instrumentos y escalas estandarizadas, así como de la entrevista clínica psicológica. Se requiere de tiempo para la revisión bibliográfica y elaboración del material, colaboración de los residentes de Psicología Clínica que rotan en la unidad, y disponer de los test e instrumentos de medida.

##### INDICADORES

Elaboración del protocolo y del documento de registro de resultados. El indicador de evaluación será el número de casos atendidos desde Psicología Clínica que tengan completado el documento en el plazo de un mes desde la primera entrevista. El límite inferior es del 70% y superior del 100% de los casos atendidos con el documento completado.

##### DURACIÓN

La fecha prevista de inicio es marzo de 2018, y fin marzo de 2019.

3 meses para búsqueda bibliográfica, revisión de Guía de Práctica Clínica y elaboración del protocolo y documento de resultados.

9 meses para la implantación del protocolo.

3 meses finales de evaluación del proyecto

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RICARDO LOPEZ BERNUES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CABRERO CEBRIAN VISITACION  
ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN  
SIESO SEVIL ANA ISABEL  
LLACER NAVARRO CARMEN  
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION  
CASTAN PEREZ LIDIA  
MARTINEZ CABELLO VERONICA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las actividades marcadas en el proyecto para conseguir los objetivos fijados:  
- Se puso en conocimiento el proyecto de mejora a los profesionales de la unidad de psiquiatria del Hospital San Jorge de Huesca participantes y al resto de dispositivos mediante llamada telefonica y envio del proyecto por correo electrónico  
- Se elaboro un listado actualizado de los telefonos de contacto de las enfermeras de todos los dispositivos de la red asistencial de salud mental a donde se derivan los pacientes tras el alta hospitalaria  
- Se realiza un cuestionario de satisfacción propio para las enfermeras responsables de las unidades donde se deriva al paciente.  
- Se consultan todos los informes de enfermeria al alta de la UCE de psiquiatria durante el periodo marcado para el estudio (2 meses)  
- Se analizan los datos en base a los indicadores planteados  
- Se evaluan los resultados

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron informes de alta de enfermeria de la unidad de agudos desde el 1 de noviembre hasta el 31 de diciembre del 2018. En total fueron 98 pacientes del alta de los cuales 25 se retiraron del análisis por ser altas provisionales (permisos/reingresos). De los 73 pacientes restantes 3 fueron altas voluntarias que no se realiza informe, quedando una total de 70. De estos 70 pacientes en 4 historias no aparecieron informe de continuidad de cuidados. De todos los pacientes dados de alta de la unidad en este periodo analizado en el 94.28% existía informe de enfermeria. Se analizaron un total de 66 informes de altas de los cuales en 33 especificaba claramente el contacto telefónico con la enfermera de la unidad responsable del caso al alta hospitalaria. En el 50 % restante, en 20 informes no aparecía el motivo por el que no se contactó (el 60%). En un caso el seguimiento se realizó en planta, otro fue un traslado, otro no se localizo a la enfermera y 3 de ellos eran revisiones o altas provisionales y el resto se derivó a centros privados (7).  
En 33 de los 70 informes de enfermeria aparecía el contacto telefónico  
Cabe destacar que en un 30% de los informes no aparecía la causa por la que no se habia contactado con la enfermera de referencia.

Se enviaron por correo electronico las encuestas de satisfacción a las enfermeras de los dispositivos donde se derivaba a los pacientes tras el alta hospitalaria para que se remitieran rellenos.  
De los 15 dispositivos a los cuales se envió la encuesta de satisfacción 2 eran las unidades de salud mental infantojuvenil.  
Se recogieron a través del correo 5 respuestas (33%). De esas respuestas en la pregunta 1: 100% respondieron que si habian recibido llamada desde la unidad de agudos para derivar el caso  
En la pregunta 2: todas las enfermeras contestaron que ven muy necesaria la coordinación al alta entre las enfermeras  
En la pregunta 3: 4 respondieron que la información era muy útil y una de ellas que era bastante útil  
En la pregunta 4 : el 100 % respondieron que esta comunicación favorecía siempre el seguimiento posterior del caso  
En la pregunta 5: 3 enfermeras constataron que se duplica un poco la información con respecto al informe de enfermeria y 2 de ellas que casi no se duplica.  
En la pregunta 6: todas coincidieron en que se debe realizar la llamada de coordinación.

Pese a la poca tasa de respuestas del cuestionario de satisfacción (33%) la satisfacción general por las repuestas contestadas es alta, valorando la necesidad de realizar la llamada de coordinación asi como la información recibida sobre el caso.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se valora positivamente la realización de la coordinación telefónica por parte del equipo de mejora. Para hacer más sostenible la realización en un futuro del mismo se debería dar mas difusión del proyecto sobre todo en el personal de nueva incorporación para favorecer el cumplimiento del mismo.  
Otro aspecto de mejora sería incluir el contacto entre enfermeras de centros privados, traslados..

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

generalizándose el uso de la coordinación siempre que un paciente se fuera de alta de la unidad de agudos de psiquiatría para favorecer la continuidad de cuidados y la adherencia/seguimiento al tratamiento. Otro aspecto de mejora sería realizar en un futuro un cuestionario de satisfacción validado para poder comparar con otros estudios sobre el tema

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/681 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0681

Título  
COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

Autores:  
LOPEZ BERNUES RICARDO, CABRERO CEBRIAN VISTACION, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN, SIESO SEVIL ANA ISABEL, LLACER NAVARRO CARMEN, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades mentales  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La unidad de corta estancia de psiquiatría del Hospital San Jorge de Huesca presta servicio a las necesidades de los pacientes con patología mental aguda de toda la provincia. Las enfermeras que prestamos los cuidados de salud mental a estos pacientes en el servicio de psiquiatría realizamos el informe de alta que se entrega al paciente cuando se va del servicio y a su vez se mandan a los diferentes dispositivos a los que se deriva el paciente. Desde el servicio se ha plantado la necesidad de mejorar la coordinación entre los distintos dispositivos de salud mental de la provincia de Huesca.

RESULTADOS ESPERADOS  
El objetivo del programa de calidad es establecer mediante contacto telefonico la coordinación y mejora de la información al alta de la unidad de agudos de psiquiatría entre las enfermeras de salud mental de la provincia de Huesca  
Los dispositivos de la red de salud mental de la provincia son: UCE de Huesca, CRP Santo Cristo de los Milagros, (UME, ULE y Psicogetriatria) UASA de Huesca y Monzon, Hospital de día, CS Mental de Jaca, Huesca (Pirineos y Perpetuo Socorro), Sabiñanigo, Monzon, Fraga, Barbastro y US Mental InfantoJuvenil de Huesca y Barbastro.

MÉTODO  
- Difusión de la iniciativa de mejora a todos los enfermeros de la unidad de agudos.  
- Elaboración de un listado actual de los numeros de teléfono de los distintos dispositivos (extensiones)  
- Añadir en el informe de alta de enfermería de la UCE, en las observaciones/ recomendaciones, el dispositivo con el que se ha contactado.  
- Realizar un cuestionario de satisfacción a todos los dispositivos sobre la coordinación del programa realizado.

INDICADORES  
- Evaluar la llamada de coordinación realizada a través del informe de enfermería al alta de la unidad de agudos de psiquiatría.  
- Medir la satisfacción de las enfermeras participantes a través del cuestionario realizado para el programa.  
- Nº de informes de alta en el que aparece el contacto telefónico realizado/ Nº de altas en el periodo 1/10/2018 al 31/12/2018.  
- Nº de encuestas telefónicas de satisfacción recogidas/ Nº de enfermeras que pertenecen a dichos dispositivos.

DURACIÓN  
Informar del programa de calidad a las enfermeras de salud mental de los distintos dispositivos de la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0681

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION TELEFONICA ENTRE NIVELES ASISTENCIALES DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN LA PROVINCIA DE HUESCA

provincia de Huesca durante los meses de verano

Fecha de inicio de la evaluación a través del informe de alta de enfermería: 01/10/18

Fecha de fin de la evaluación: 31/12/18

Realización del cuestionario de satisfacción mediante llamada telefónica a las enfermeras de salud mental: mes de enero y febrero del 2019

Evaluación y difusión de los resultados obtenidos: marzo y abril 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0696

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS RIVARES MORCATE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CASTAN PEREZ LIDIA  
MARTINEZ CABELLO VERONICA  
LOPEZ BERNUES RICARDO  
OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER  
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION  
CABREO CEBRIAN VISITACION  
LLACER NAVARRO CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Para medir la cumplimentación del protocolo y unificar criterios entre el servicio de urgencias y psiquiatría se han realizado las siguientes actividades:  
-Abril- Mayo 2018:Recogida de datos (formulario de seis preguntas) con cada paciente que ingresaba desde urgencias durante 25 días consecutivos (el mismo período que el año anterior).  
Junio a Octubre: Seguimiento de los datos establecidos en los pacientes que ingresan desde urgencias para garantizar la coordinación entre ambos servicios.  
-Noviembre 2018:Tratamiento de datos recogidos y comparativa con el período anterior :De los 21 pacientes recogidos, el 100%ingresan acompañados del psiquiatra, el 94% no son portadores ni llevan en la bolsa de pertenencias objetos peligrosos, el 76% de los pacientes ingresan con la ropa debidamente identificada, el 80,95% de los pacientes ingresan con pijama o camisón según corresponde, el 66,6% de los pacientes llegan a la unidad con la historia clínica ee el momento del ingreso, del total de los pacientes, el 14% ingresaron con sujeción física, de éstos, el 100%estaban correctamente contenidos).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados/ Indicadores

- Se ha disminuido el número de pacientes recibidos desde urgencias en condiciones inadecuadas para ingreso en relación a la seguridad, en relación al indicador establecido:  
- Número de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo en el período establecido/ N° de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período  
- Ha mejorado la coordinación del ingreso del paciente entre ambos servicios reduciendo así las posibles situaciones de riesgo que pueden ocurrir.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora ha detectado en el estudio que se ha mejorado el porcentaje en este periodo en relación al período estudiado del año anterior en casi todos los aspectos:  
El acompañamiento del psiquiatra, no llevar objetos peligrosos encima ni en la bolsa de pertenencias, en la identificación de la ropa de los pacientes, en que los pacientes suben con la historia clínica y en la sujeción correcta de los pacientes contenidos.  
El único aspecto susceptible a mejorar es si el paciente llega a la planta con pijama o camisón, según las condiciones de ingreso (contenido o no).  
Con estos resultados podemos observar que conseguir el hábito y la rutina de la revisión del paciente desde urgencias, después de haber sido valorado para ingresar, nos hace motivarnos y seguir encaminados a conseguir una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría para mejorar la continuidad y los cuidados desde el ingreso al alta del paciente.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/696 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0696

Título  
VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0696

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA CUMPLIMENTACION DEL PROTOCOLO DEL INGRESO DEL PACIENTE PSIQUIATRICO DESDE URGENCIAS

##### Autores:

RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, LOPEZ BERNUES RICARDO, OLIVERA PUEYO FRANCISCO JAVIER, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, GIMENEZ IVANKA, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Desde la unidad de agudos nos dimos cuenta de la necesidad de unificar los criterios de acogida del paciente para realizar el traslado entre urgencias y psiquiatría. En el 2017 desarrollamos un protocolo consensuado entre los dos servicios. Tras la realización de dicho protocolo realizamos una medición para valorar la cumplimentación del mismo y valorar los puntos débiles para poder reforzarlos tras su puesta en marcha. Una buena coordinación entre el servicio de urgencias y psiquiatría es fundamental para la buena acogida del paciente en la unidad garantizando la seguridad del paciente y de los profesionales.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar criterios de manejo del paciente psiquiátrico en los dos servicios.
- Mejorar la acogida del paciente cuando ingresa en la unidad.
- Aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales tanto en el servicio de urgencias como en la unidad de psiquiatría.

##### MÉTODO

- Realización del cuestionario para medir la cumplimentación del protocolo.
- Reunión de equipo de enfermería para informar de la puesta en marcha del proyecto.
- Nueva recogida de datos en la unidad de psiquiatría del paciente que ingresa desde urgencias durante 25 días (mismo período que en 2017), para evaluar el seguimiento del cumplimiento del protocolo.

##### INDICADORES

- N° de pacientes que ingresan desde urgencias cumpliendo el protocolo establecido en un período de 25 días / N° de pacientes que ingresan desde urgencias en ese período

Fuente de datos: lista de verificación de cinco puntos( seis puntos en el caso de paciente contenido).

- Esperamos alcanzar un 80% de cumplimentación del protocolo.

##### DURACIÓN

- Reunión de información con el equipo del servicio para la puesta en marcha: 1ªquincena de abril 2018.
- Recogida de datos durante 25 días entre abril y mayo 2018
- Tratamiento de los datos y elaboración de resultados: Tercer trimestre 2018

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... OIHANA ARRAZOLA ALBERDI  
• Profesión ..... ENFERMERO/A  
• Centro ..... H SAN JORGE  
• Localidad ..... HUESCA  
• Servicio/Unidad .. QUIROFANOS  
• Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SOLER ALLUE CARLOS  
SANZ PANZANO CAROLINA  
FELIPE MIRANDA ADRIANA  
RODRIGUEZ LOPEZ ANDREA  
SOLER ALLUE SANDRA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Junio 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el folleto.

Septiembre 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.

Octubre 2018: El jefe de servicio de oftalmología revisa el folleto y está de acuerdo en que se difunda. Se consensan entre este y el equipo de enfermería, que el folleto solo se entregará a los pacientes que vayan a recibir por primera vez el tratamiento, la entrega se realizará en la consulta de oftalmología junto con el consentimiento informado. El resto de pacientes (aquellos que hayan recibido alguna vez el tratamiento) como ya conocen el servicio y su funcionamiento y el volumen es tan alto, no hemos considerado entregarlo en mano y hemos optado por hacer un cartel que avise en la zona de espera, tipo: "Si acude para recibir una inyección intravitrea, le interesa leer el folleto que dejamos a su disposición", y dejando allí unos cuantos para que cada paciente sea libre de cogerlo o no.

Finales de octubre 2018: Puesta en marcha del proyecto.

Noviembre, diciembre y enero 2018: Autorización de impresión de los folletos y cartel informativo, impresión de los mismos, entrega de estos folletos a los oftalmólogos el día 16 de noviembre y comienzo de la repartición de estos el día 19 de noviembre en consultas externas a pacientes que comienzan por primera vez el tratamiento y puestos a disposición en la zona de espera. Medición de los indicadores.

Finales de enero 2018: Evaluación y detección de áreas de mejora.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivos esperados:

- Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

Valor de indicadores:

- Proporción de pacientes que inician el tratamiento y acuden a nuestro servicio con el folleto informativo entregado = 95%.

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que inician el tratamiento: 38 pacientes.

Número de pacientes que acuden con el folleto: 31 pacientes.

Indicador: 81,5%.

- Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que acuden a nuestro servicio: 434 pacientes.

Número de pacientes que no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto: 0 pacientes.

Indicador: 0%.

- Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que no acuden a nuestro servicio: 8 pacientes.

Número de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento: 4 pacientes.

Indicador: 5%.

- Proporción de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

Fuente y método de obtención: preguntando al propio paciente.

Número de pacientes que acuden a nuestro servicio con folleto: 238 pacientes.

Número de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo: 238 pacientes.

Indicador: 100%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564

### 1. TÍTULO

#### **IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

El equipo de mejora considera que hay que reforzar en las consultas la repartición de los folletos por parte de los oftalmólogos o de enfermería, ya que es el punto de inicio para que el paciente obtenga la información necesaria sobre lo que se va a encontrar el día que acuda a nuestro servicio. Consideramos que los pacientes acuden con la información necesaria sobre cómo se debe administrar el tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención, reflejándose en menos ansiedad, menos preguntas en lo que se refiere a cómo debe acudir y no acudir y reduciéndose el número de pacientes que no acuden a nuestro servicio sin previo aviso.

Como conclusión, creemos que sería necesario que dicho folleto se siguiese entregando en consultas externas a pacientes que se inician en el tratamiento, pudiéndose prescindir de su reparto en la zona de espera.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/564 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0564

Título  
IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:  
ARRAZOLA ALBERDI OIHANA, SOLER ALLUE CARLOS, SANZ PANZANO CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
1. Las inyecciones intravítreas son procedimientos mínimamente invasivos, utilizados como vía de administración de medicamentos en distintas patologías oftalmológicas. En los últimos años se está produciendo un incremento del uso de esta técnica debido al aumento en el número de indicaciones y en el número de agentes que se pueden administrar. A pesar de haberseles explicado en consulta y firmado el consentimiento, la primera vez que se van a someter al tratamiento presentan dudas, tales como administración del tratamiento, pautas de actuación y pautas postintervención por lo que creemos que la información que podrían recibir estos pacientes podría ser ostensiblemente mejorable.

RESULTADOS ESPERADOS  
Mejorar la calidad de la información dada a los pacientes y sus familiares.  
Mejorar la satisfacción de los usuarios que van a recibir un tratamiento intraocular.

MÉTODO  
Realizar un folleto informativo para que los pacientes y sus familiares conozcan el funcionamiento del servicio, como deben acudir, si no acuden a donde deben llamar, donde se les va a administrar, secuencia del procedimiento y pautas postintervención, el cual será entregado e informado el primer día que acudan a nuestro servicio, en la antesala de quirófano, por el equipo de enfermería.

INDICADORES  
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio que cuentan con el folleto informativo = 95%  
Proporción de pacientes que acuden a nuestro servicio y no se les puede administrar el tratamiento por causas mencionadas en el folleto = 5%  
Proporción de pacientes que no avisan de que no van a acudir a la administración del tratamiento = 5 %  
Proporción de pacientes satisfechos con la información que se le ofrece en el folleto informativo = 95%

DURACIÓN  
Mayo 2018: Reunión del equipo de mejora para seleccionar los aspectos más importantes que deba contener el

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0564**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DE UN FOLLETO INFORMATIVO DESTINADO A PACIENTES QUE VAN A RECIBIR DIFERENTES TRATAMIENTOS A TRAVES DE INYECCIONES INTRAOCULARES EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

folleto.  
Junio 2018: Puesta en común de la información encontrada y elaboración del folleto.  
Septiembre 2018: Puesta en marcha del proyecto, acompañado de encuesta de satisfacción.  
Enero 2019: Evaluación y detección de áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE AZANZA PARDO  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... HUESCA

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

ELBOJ SASO SALAS  
LATORRE BADIA ESTEFANIA  
ABOS NAVARRO IXEA  
GRACIA SEN MARIA CARMEN  
CASTAN GASQUET RAQUEL  
CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD  
MORALES BALIEN SANTIAGO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo multidisciplinar del proyecto tras valorar y seleccionar aquellos aspectos que considera que el usuario debe conocer previo a las sesiones de tratamiento, elabora un folleto informativo para dar a conocer dichos aspectos.

A la vez se redacta una encuesta de satisfacción a fin de evaluar la aceptación y utilidad de dicho folleto, así como la satisfacción por parte de los usuarios, y de este modo poder valorar su modificación si fuese necesario. En reunión se hace conocedores y partícipes a todos los profesionales de la unidad de rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de los resultados de la encuesta de satisfacción, y se les informa de en qué modo se va a proceder a la distribución del mismo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Atendiendo a los indicadores planteados en un principio, que buscaban medir el grado de implantación del proyecto y satisfacción por parte de los usuarios, podemos decir, que la implantación del proyecto es total, los folletos se están repartiendo a todos aquellos usuarios que en su primer día acceden a tratamiento. Y que el grado de satisfacción alcanza un 90%, según las encuestas de los usuarios, (cumplimentadas en un 65% con respecto al total de encuestas entregadas).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto sencillo pero de gran utilidad para aquellos usuarios que llegan por primera vez a un servicio en el que, a priori, desconocen su funcionamiento. Si bien en un principio se diseñó para repartir un folleto en las consultas, al final se creyó más conveniente su distribución en el acceso a tratamiento, para que la información fuese oportuna e inmediata, y así evitar pérdidas u olvidos debido al lapso de tiempo que puede ocurrir entre la consulta y la cita de tratamiento. Vista la recepción que tiene el folleto, es importante mantener y dar continuidad a lo iniciado con este proyecto, ya que es una herramienta útil para transmitir la información que nos interesa.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1053 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1053

Título  
PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:  
AZANZA PARDO JORGE, ELBOJ SASO SALAS, LATORRE BADIA ESTEFANIA, ABOS NAVARRO IXEA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, CASTAN GASQUET RAQUEL, CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD, MORALES BALIEN SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Susceptible de Tratamiento Rehabilitador  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El acceso al tratamiento en el servicio de Rehabilitación suele conllevar una serie de dudas en el paciente. Además de existir una serie de normas y necesidades que el usuario debe conocer para optimizar las sesiones y el tiempo de las mismas. Se plantea por tanto la elaboración de un plan de acogida y la entrega, en el momento de la consulta de RHB, de un folleto que explique y resuma todas las normas del servicio de fisioterapia/terapia ocupacional y resuelva sus dudas. Para valorar la efectividad del folleto se presentará una encuesta de satisfacción donde el usuario participará de forma activa.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios:  
- Facilitar la información al paciente, mejorando las vías de comunicación entre el usuario y la unidad.  
- Anticipar la resolución de problemas más comunes.  
- Promover una mayor implicación del usuario en su tratamiento.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales:  
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.  
- Optimización de las sesiones. Mejorar la distribución de tiempo.

#### MÉTODO

- El equipo multidisciplinar del proyecto valorará y seleccionará aquellos aspectos que considere que el usuario deba conocer previo a las sesiones de tratamiento.  
- Se elaborará un folleto informativo con dichos aspectos.  
- Se elaborará una encuesta de satisfacción que evalúe la utilidad de dicho folleto a fin de valorar el cumplimiento de los objetivos propuestos o su modificación si fuese necesario.  
- Reunión para hacer conocedores y partícipes a todos los profesionales implicados en la unidad de Rehabilitación (FEAs Rehabilitación, TCAE, Fisioterapeutas y Terapia Ocupacional) tanto de la existencia del folleto como de la encuesta de satisfacción e informarles sobre su distribución.

#### INDICADORES

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

-Indicador (implantación): Porcentaje de pacientes que reciben el tríptico de gimnasio después de haber sido derivados a fisioterapia especializada por el FEA rhb:  
Descripción: N° de pacientes que reciben el folleto/N° de pacientes derivados a tratamiento por FEA RHB X 100  
Fuente: Registro de pacientes que acceden a la unidad de RHB.  
Estandar: 70-80%

-Indicador (implantación): Porcentaje de encuesta rellenas por los usuarios que han recibido el folleto  
Descripción: N° de pacientes que rellenan la encuesta/N° de pacientes que reciben el folleto X100  
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad  
Estandar : 60-70%

-Indicador (satisfacción): Porcentaje de pacientes satisfechos con la información recibida en el folleto  
Descripción: N° de pacientes que consideran importante la información recibida/ N° de pacientes que rellenan la encuesta X 100  
Fuente: Recogida de encuestas en la unidad  
Estandar: 70-80%

#### DURACIÓN

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Mayo de 2018
- Valoración y elaboración del folleto: Junio 2018.
- Elaboración de la encuesta: Junio de 2018.
- Implantación total del Proyecto: Septiembre de 2018.
- Monitorización de indicadores y resultados: Septiembre de 2018 - Diciembre de 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1053

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE ACOGIDA EN EL SERVICIO DE RHB DEL HOSPITAL SAN JORGE

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AZANZA PARDO JORGE  
LATORRE BADIA ESTEFANIA  
SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA  
MORALES BAILEN SANTIAGO  
SOUTO AYERBE CLARA  
GRACIA SEN MARIA CARMEN  
VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elabora un sistema de triaje por parte del responsable del proyecto, que es el encargado de aplicarlo. Se pone en marcha el sistema. Se emplean recursos informáticos disponibles en el centro, Se adopta el sistema por parte de los prescriptores del tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se completa el diseño (si)

Se aplica el proyecto en los plazos previstos. (si)

Número de pacientes que que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al día de la

consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%. 20% objetivo alcanzado.

% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%, no medido.

5., Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos. Si

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración positiva en general aunque la movilidad del personal del servicio ha dificultado la redacción del proyecto, la presión asistencial y otras situaciones personales (preparar oposiciones) dificultan el desarrollo de reuniones de trabajo. Quedan pendientes encuestas de satisfacción. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1145 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1145

Título  
DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

Autores:  
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE, AZANZA PARDO JORGE, LATORRE BADIA ESTEFANIA, SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA, MORALES BAILEN SANTIAGO, SOUTO AYERBE CLARA, GRACIA SEN MARIA CARMEN, VIÑUALES PEREZ SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Todas las edades

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica ..: Eficiencia

Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR

La creciente demanda de la atención de servicios sanitarios por parte de la población, debida a muy diversos factores (envejecimiento de la población, mejora de la accesibilidad, aumento de la cartera de servicios, mayor preocupación por la calidad de vida relacionada con el bienestar físico, etc.) unida a la lógica limitación de recursos conlleva un inevitable incremento de la demora en el acceso a la gran mayoría de servicios ofertados en el Sistema Nacional de Salud, el engrosamiento de las temidas "Listas de espera" es a día de hoy uno de los indicadores más relevantes y de referencia del funcionamiento de un servicio público de Salud. Los servicios de Rehabilitación no son ajenos a este problema y por su atención transversal a la población en todas sus franjas de edad y de continuidad de cuidados colaborando con la mayoría de servicios asistenciales del Hospital y Atención Primaria sufre con más intensidad el incremento de la presión asistencial. Las característica fundamental de los pacientes atendidos en un servicio de Rehabilitación es probablemente su extrema heterogeneidad, este rasgo fundamental hace difícil la correcta gestión de la lista de espera y por ende ofrecer una fecha estimada de inicio de tratamiento al paciente, y a los servicios demandantes, los requerimientos del paciente en los distintos aspectos de la accesibilidad, añaden dificultad a esta gestión y alteran la secuencia óptima de acceso al tratamiento que limitaría el agravamiento del problema por demora excesiva en su tratamiento fisioterapéutico.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la atención y satisfacción de los usuarios.
- Ajustar el periodo de espera del paciente de acuerdo a la gravedad con que el problema que padece interfiera en su capacidad para desarrollar sus actividades de la vida diaria (AVD) con normalidad.
- Minimizar el riesgo de empeoramiento o pérdida de capacidad en su estado físico.
- Establecer y dar a conocer un periodo estimado de acceso a tratamiento según problema y características del paciente.
- Acortar los plazos de incorporación a las AVD.

Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.

La disminución de la variabilidad de acceso al tratamiento en pacientes con problemas similares permitirá ajustar los plazos de tratamiento y optimizará la coordinación de interconsultas.

Mejora en la efectividad del tratamiento.

#### MÉTODO

El equipo de mejora diseñará un plan de actuación destinado a elaborar un sistema de triaje que será evaluado por el resto de profesionales del servicio de rehabilitación y de otros servicios solicitadores de interconsultas. Se pondrá en marcha el sistema diseñado, sujeto a distintas monitorizaciones y ajustes por parte del equipo de mejora.

Se elaborará un sistema definitivo que estará sujeto a evaluación y mejora continua.

#### INDICADORES

La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :

- Grado de implantación
- Grado de satisfacción de los profesionales

1. Se completa el diseño de triaje finalizado y se presenta a los servicios implicados.. (S/N) Valor a alcanzar: S
- 2.El sistema de triaje es efectivamente implantado. (S/N). Valor S
- 3.% de pacientes que al iniciar tratamiento indican disminución de funcionalidad en sus AVD respecto al día de la consulta con médico rehabilitador. Valor a alcanzar: <25%.
- 4.% de pacientes que retoman sus AVD en un periodo de tratamiento inferior al estimado >15%
- 5.,Encuesta de satisfacción a profesionales. >80% satisfechos.

#### DURACIÓN

Inicio del proyecto: 1/6/2018

Diseño de sistema de triaje. Junio 2018.

Implantación a pacientes con indicación de tratamiento a partir del 1/7/2018.

Monitorización; 15 de diciembre de 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1145**

**1. TÍTULO**

**DISEÑO E IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PARA LA GESTION DE LA LISTA DE ESPERA DE PACIENTES CON INDICACION DE TRATAMIENTO REHABILITADOR**

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1343

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA ALBAS TIERZ  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
AUDINA BENTUE MARIA TERESA  
MANAU OMEDES CRISTINA  
URRUTIA DIEZ AMAIA  
GARCES PEIRON ANA  
SOLANILLA LECINA PALMIRA  
CASTEL PANZANO ROSARIO  
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se ha desarrollado un calendario de de reuniones del equipo que ha diseñado un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de RHB, que establece un perfil profesional de sus componentes, la elaboración ha seguido el calendario marcado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se implementa un documento que desarrolla el proyecto. se pone a disposición del los componentes del servicio, se establece un calendario de actualizaciones.  
Se alcanza un diseño definitivo del modelo de GC, (SI)  
% de miembros del servicio que responden al cuestionario, Objetivo 100%, resultado 80%  
Se elabora una memoria con los datos obtenidos (SI)  
Se establece un programa de formación y mejora de competencias (S)  
Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo (S)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La valoración es positiva en general, encontrando alguna dificultad en el establecimiento del calendario de reuniones, debido a la apretada agenda de trabajo. El proyecto es sostenible a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1343 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1343

Título  
DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:  
ALBAS TIERZ NURIA, AUDINA BENTUE MARIA TERESA, MANAU OMEDES CRISTINA, URRUTIA DIEZ AMAIA, GARCES PEIRON ANA, SOLANILLA LECINA PALMIRA, CASTEL PANZANO ROSARIO, GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El servicio de rehabilitación del Hospital San Jorge de Huesca se compone de dos terapeutas ocupacionales (TO), 14 fisioterapeutas, 6 TCAE y 3 médicos especialistas en RHB. Forma parte de uno de los servicios centrales del hospital y colabora con una parte importante de ellos, recibiendo pacientes derivados

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1343

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION POR COMPETENCIAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL SAN JORGE

principalmente por traumatología, reumatología, neurología, o geriatría y en menor medida neumología y el resto de servicios. Sin olvidar a la creciente derivación desde AP.  
Esta diversidad de especialidades se traduce en una lista creciente de patologías y problemas de salud que requieren, como es lógico, de una especialización paralela por parte de los profesionales del servicio de rehabilitación que atenderá a esos pacientes.  
Dado que las especialidades dentro del campo de la Fisioterapia o TO no están contempladas en el sistema nacional de salud, debe ser cada profesional, quien las desarrolle de forma individual, de acuerdo a su interés personal en un campo u otro de la rehabilitación (por no decir del amplísimo campo de la medicina).  
Adolecen la inmensa mayoría de Servicios de RHB de los hospitales públicos de la inexistencia de un modelo de Gestión por Competencias (GC) que, de alguna forma, pueda paliar la citada carencia de reconocimiento oficial de las especialidades en esta disciplina. Nuestra propuesta es crear un modelo de GC, adaptado al servicio de rehabilitación que catalogue a cada profesional dentro de una especialidad de fisioterapia con el objetivo de proporcionar un tratamiento óptimo y de calidad a la diversidad de patologías que presentan los pacientes derivados a este servicio.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Diseñar, desarrollar e implantar un modelo de Gestión por Competencias en el servicio de rehabilitación de Hospital San Jorge, que nos permita conocer con exactitud el perfil profesional y el resto de capacidades de sus componentes, con objeto de dar una respuesta más precisa a la variedad de problemas que debemos atender, lo que redundará en una mayor efectividad en la atención al paciente.  
Conocer las competencias de nuestros profesionales nos ayudará a definir con exactitud las técnicas en las que están formados y evaluar las necesidades de formación para conseguir una plantilla con una formación equilibrada que pueda dar una respuesta integral a las demandas del resto del servicios del hospital y, en definitiva, al paciente sin importar su patología.  
Que el resto de servicios del hospital conozca las competencias del nuestro servirá para mejorar las derivaciones y optimizar recursos.

#### MÉTODO

El coordinador del proyecto establecerá un calendario de reuniones y reparto de tareas con el resto del equipo, a lo largo del presente año.  
El servicio recibirá formación sobre el modelo de GC y las ventajas de su implantación.  
Se elaborarán sucesivos borradores y se procederá a su desarrollo y aplicación de acuerdo un sistema de mejora continua del documento.  
Se contempla su presentación al resto de servicios y su aplicación en las nuevas incorporaciones de profesionales al servicio.

#### INDICADORES

Al finalizar el calendario previsto:

1. Se alcanza un diseño definitivo de modelo de GC para el servicio de RHB. (S/N). Objetivo. Si
2. % de miembros del servicio que responden al cuestionario y entrevista diseñado: Objetivo: 100%.
3. Se elabora una memoria con los datos obtenidos. (S/N). Objetivo S.
4. Se establece un programa de formación y mejora de competencias de acuerdo a los resultados obtenidos. (S/N).
5. Se diseña un ciclo de mejora continua sobre el modelo de GC. (S/N)

#### DURACIÓN

1. Se iniciará el diseño en Junio de 2018.
2. Redacción del documento definitivo en Septiembre de 2018.
3. Implantación Octubre 2018.
4. Evaluación. Noviembre 2018.
5. Redacción de memoria y proyecto de formación y desarrollo de competencias. Diciembre 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0070

### 1. TÍTULO

#### INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS SERON ARBELOA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. UCI  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LOPEZ MERCADER ANTONIO  
GIMENEZ GIL RAFAEL  
BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO  
OMEDAS BONAFONTE PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Durante un periodo de dos meses se realiza software de enlace entre las variables correspondientes del programa informático instalado en los servidores del hospital y de uso en la UCI, con los valores correspondientes del laboratorio, a la vez que se han realizado mejoras en la implementación del propio programa, para actualizarlo en relación a cambios de productos nutricionales, formatos de petición a farmacia, formatos de órdenes de tratamiento nutricional.....

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Los resultados alcanzados han sido el aumento del numero de prescripciones nutricionales realizadas con la ayuda del programa de nutrición artificial, alcanzándose este año mas de 250 consultas al programa informático, con otras tantas prescripciones nutricionales, correspondientes a 80 pacientes. La practica totalidad de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que han recibido nutrición artificial, enteral y/o parenteral. Los indicadores marcados en el proyecto eran numero de pacientes tratados y numero de prescripciones realizadas. Además hay una reducción del tiempo de consulta al programa al captar de forma automática todos los valores del laboratorio necesarios para realizar la prescripción nutricional artificial además de un evidente reducción de errores que puedan ser debidos a problemas en la transcripción manual que podrían llevar a cabo un error en la prescripción.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda demostrado:

- 1.- la capacidad de formar equipos multidisciplinares entre estamentos diferentes, en este caso Clínicos en Informáticos
- 2.- la mejoría en el tratamiento de datos que ayuda a unas mejores prescripciones, en este caso de la Nutrición Artificial en la UCI, evitando errores de transcripción
- 3.- la reducción del tiempo necesario para hacer una prescripción nutricional adecuada al reducir al máximo la necesidad de teclear manualmente datos sensibles para el programa.
- 4.- la protocolización de una tarea que precisa varios pasos, que hace que hagamos un tratamiento nutricional protocolizado y a la vez individualizado a los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/70 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0070

Título  
INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Autores:  
SERON ARBELOA CARLOS, LOPEZ MERCADER ANTONIO, GIMENEZ GIL RAFAEL, BESCOS ABIOL JORGE ANTONIO, OMEDAS BONAFONTE PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: CRITICOS Y POSQUIRURGICOS  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0070

### 1. TÍTULO

#### INTEGRACION DE ANALITICAS DE IZASA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION ARTIFICIAL EN UCI

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Actualmente existe un programa informatico de soporte nutricional artificial, utilizado en pacientes fundamentalmente de intensivos, aunque puede usarse en el resto del hospital y que radica en un seridor del SALUD. Hasta el momento actual se introducen los datos de las analíticas precisas para el funcionamiento del programa, de forma manual. Tarea laboriosa que requiere tiempo y es propensa a errores. Esos datos son usados posteriormente en formulas e indicadores que establecen la recomendación nutricional, por lo que es preciso que sean correctos.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Se trata de modificar el programa para que pueda leer de la base de datos de laboratorio los datos de las últimas analíticas y poder incorporarlas con un solo click de ratón, facilitando la tarea y disminuyendo la posibilidad de errores.

##### MÉTODO

Hay que desarrollar software para poder leer de laboratorio los datos precisos e integrarlo en el programa de nutrición.

##### INDICADORES

- 1 - Número de pacientes tratados.
- 2 - Número de analíticas capturadas e incorporadas.

##### DURACIÓN

Se prevé una duración de dos meses, desde inicio de Febrero para realizar la integración y el resto del año para comprobar la utilización correcta y corrección de errores.

##### OBSERVACIONES

el soporte nutricional artificial es una tarea importante en el contexto del paciente critico y en el posquirúrgico en general que debe de protocolizarse de forma adecuada y que exige un estrecho control.

##### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0086

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MENDOZA MURO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. UCI  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALBAR VIVES INMACULADA  
MARTINEZ POLO MARTA  
BESCOS BAQUERO SANDRA  
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE  
ALFARO ESCARTIN MARGARITA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO- formación del grupo de trabajo en marzo de 2018.

JUNIO- 1ª reunión del grupo de trabajo. Se presenta el proyecto a desarrollar. El proyecto se llevará a cabo en dos fases.

- 1ª fase: diseño de un tríptico informativo y de una guía para familiares de UCI. Año 2018

- 2ª fase: diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en UCI. Año 2019

Presentación al equipo de un modelo orientativo de guía para comenzar a trabajar y repartición del trabajo.

Búsqueda bibliográfica.

Elaboración del guión. "conoce y acércate"

Selección de contenidos por subgrupos de trabajo. Marta y M. José asumen el tríptico. Sandra y Margarita asumen "el día a día de tu familiar, rutina diaria", . Inma asume "técnicas y procedimientos", Gemma asume el resto de la guía, el diseño, edición y maquetación.

OCTUBRE- 2ª reunión del grupo de trabajo.

Se seleccionan contenidos para el tríptico.

Se revisan contenidos para la guía.

Se comentan colaboradores que van a participar en la guía.

NOVIEMBRE- Reuniones de Gemma con los colaboradores por separado. 3 reuniones.

DICIEMBRE - 3ª reunión del grupo de trabajo donde se cierran contenidos y diseño elegido.

- Reunión con el jefe de servicio y con la supervisora actual de la UCI.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado el tríptico de acogida a UCI para las familias de los pacientes que ingresan en UCI y una guía de Familiares, que se ha entregado a la Coordinadora de Formación para entregar a la Unidad de Calidad

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos planteados van en la dirección de mejorar y minimizar el gran impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos tanto para la familia como para el paciente a través de la acogida en la Unidad. Pensamos que la aplicación de este nuevo tríptico y guía de las familias de pacientes ingresados en UCI, mejorara el grado de satisfacción de las familias y del propio paciente, les implicará en sus cuidados como una pieza importante e implicará mas si cabe a los profesionales que imparten los cuidados. Queda pendiente para el año 2019 la entrega de los productos informativos ya maquetados y en fase de impresión, para evaluar los indicadores durante 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/86 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0086

Título  
HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Autores:  
MENDOZA MURO GEMMA, ALBAR VIVES INMACULADA, MARTINEZ POLO MARTA, BESCOS BAQUERO SANDRA, LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE, ALFARO ESCARTIN MARGARITA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0086

### 1. TÍTULO

#### HUMANIZACION, ACOGIDA DE LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI Y DISEÑO DE UNA GUIA DE PRESENTACION DE LA UNIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: CRITICOS  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad. Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad. Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort. La acogida de la familia y elaboración de una guía donde se expliquen cuidadosamente las características, normativa y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia con el ingreso de la persona en UCI.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.
- Mejorar el grado de satisfacción de las familias al alta del paciente.
- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.
- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

##### MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo "HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE" integrado por una representación de todos los colectivos sanitarios de la unidad.
- Diseño del protocolo de acogida de familiares de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.
- Diseño de una guía de presentación de la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia.
- Presentación en el servicio del protocolo y la guía todos los profesionales sanitarios antes de su puesta en marcha.
- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados
- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa

##### INDICADORES

- Elaboración del protocolo de acogida. Estándar: Sí
- Elaboración de la guía de presentación de la Unidad. Estándar: Sí
- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar >80%
- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)

##### DURACIÓN

Formación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la elaboración de la guía.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0292

### 1. TÍTULO

#### JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORETO MARIA GARCIA MOYANO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA  
LORES CASANOVA SOLEDAD  
RODRIGUEZ MAÑAS JARA  
FIGUEROLA NOVELL JANINA  
ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Jornada de Bioética para la ciudadanía

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
ENCUESTA A PARTICIPANTES  
Nº Encuestados: 39  
Sexo: Total contestados: 39. 16 hombres, 23 mujeres.  
Edad: Total contestados: 36. De 30-50: 11, de 50 a 70: 20, más de 70: 5.  
Media de edad: 57 años.  
AMBITO PROFESIONAL. Total contestados: 37 Excelente: 3 Muy bueno: 9 Bueno: 25.  
La organización ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 14 Muy bueno: 15 Bueno: 10.  
El nivel de los contenidos ha sido. Total contestados: 39 Excelente: 16 Muy bueno: 14 Bueno: 8 Indiferente: 1.  
La utilidad de los contenidos aprendidos. Total contestados: 36 Excelente: 6 Muy bueno: 17 Bueno: 11 Indiferente: 2.  
La utilización de medios audiovisuales. Total contestados: 39 Excelente: 6 Muy bueno: 7 Bueno: 17 Indiferente: 6 Malo: 3.  
La comodidad de la sala. Total contestados: 38 Excelente: 21 Muy bueno: 12 Bueno: 4 Indiferente: 1.  
La duración ha sido. Total contestados: 37 Excelente: 6 Muy bueno: 20 Bueno: 11.  
En general, la Jornada te ha parecido. Total contestados: 38 Excelente: 13 Muy bueno: 14 Bueno: 11.  
Mi motivación ha sido. Total contestados: 38 Excelente: 3 Muy bueno: 15 Bueno: 20.  
La asimilación de contenidos. Total contestados: 36 Excelente: 2 Muy bueno: 15 Bueno: 19.  
La aplicación práctica de la Jornada. Total contestados: 39 Excelente: 4 Muy bueno: 17 Bueno: 16 Indiferente: 2.  
Contenido de la ponencia. Total contestados: 35 Excelente: 13 Muy bueno: 13 Bueno: 9.  
Tienen buena capacitación técnica. Total contestados: 36 Excelente: 10 Muy bueno: 11 Bueno: 15.  
Han propiciado buena comunicación. Total contestados: 37 Excelente: 10 Muy bueno: 13 Bueno: 14.  
Han cumplido los objetivos propuestos. Total contestados: 38 Excelente: 8 Muy bueno: 18 Bueno: 11 Indiferente: 1.  
Observaciones sobre ponente/s. Total contestados: 1. "Profesionales muy cualificados y muy bien preparado el tema".  
¿Recomendarías la Jornada? Total contestado: 38 Si: 38.  
Valoración global de la Jornada (puntuación de 1 a 10). Total contestados: 26 Puntuación 5: 1. Puntuación 7: 3. Puntuación 8: 7. Puntuación 8.5: 1 Puntuación 9: 8. Puntuación 9.5: 1 Puntuación 10: 5.  
Media de puntuación: 8.22  
Sugerencias de temas para otra Jornada: Total contestados: 3. "Aplicación de tareas más específicas que se realizan en el comité, cuidados paliativos", "Aportar documentación escrita", "Encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos".

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos logrado difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporarse a ellos. Valoraremos la posibilidad de repetir experiencia en otra ocasión dando más publicidad para aumentar la participación.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/292 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0292

Título  
JORNADA DE BIOETICA PARA LA CIUDADANIA



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0292

### 1. TÍTULO

#### JORNADA DE BIOÉTICA PARA LA CIUDADANÍA

**Autores:**  
GARCIA MOYANO LORETO MARIA, ZAMORA MOLINER ANA CRISTINA, LORES CASANOVA SOLEDAD, RODRIGUEZ MAÑAS JARA, FIGUEROLA NOVELL JANINA, ALAYETO GASTON MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todos y en poblacion sana  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Conciencia ética en profesionales y pacientes

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Uno de los objetivos principales del Comité de Ética Asistencial del sector Huesca es la formación y docencia en ética y a la difusión de las funciones del Comité tanto a ciudadanos como a profesionales.  
Es por ello que se pretende llevar a cabo una Jornada de Bioética para toda la ciudadanía. Tratando los siguientes temas:

¿Qué son los Comités de Ética? ¿Qué tipos de comités hay en Aragón?  
¿Qué es el Consentimiento informado? Conceptos de confidencialidad y intimidad.  
¿Que son las voluntades anticipadas?  
¿Por qué los ciudadanos deben participar en los Comités de Ética?  
¿Cómo pueden participar los ciudadanos en el desarrollo de la Bioética?

#### RESULTADOS ESPERADOS

Difundir entre los ciudadanos aspectos básicos sobre la Bioética y dar a conocer la existencia de los Comités de Ética, tanto asistenciales como de investigación, funciones, forma de trabajar y posibilidad de incorporarse a ellos.

#### MÉTODO

Jornada de Bioética para la ciudadanía

#### INDICADORES

? Cuestionario de opinión del participante para jornadas, congresos y seminarios  
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.  
Cuestionario de satisfacción del docente participante en una actividad formativa  
La herramienta ha sido elaborada por el Observatorio para la Calidad de la Formación en Salud para eValúa, aplicación para la gestión de la evaluación de la formación, teniendo en cuenta los criterios de calidad establecidos en los programas de acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y los elementos de calidad que han sido destacados en el ámbito de esos procesos.

#### DURACIÓN

Abril 2018, se valorara repetir experiencia a final de año

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ELBAILE SARASA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CAJA BUETAS ROSA  
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS  
MARTIN FERRANDO FERNANDO  
LOPEZ BRETOS ROSA  
SERVETO GALINDO OLGA  
PINIES LLORET LOURDES  
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones tras las cuales se elaboró un proceso del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas ( Anexo I del proceso), y se ha organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de un catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegaran al Servicio de Urgencias ( SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa. Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir. Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado. Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura. Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas. Definir el sistema de identificación y admisión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales. Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/509 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0509

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:  
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVET GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

#### PROBLEMA

La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.

El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.

En el año 2000 la OMS establece la definición de "Hospitales Seguros" como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.

Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias ( SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
- 2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir ( horario laboral, de guardia, festivo).
- 3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
- 4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
- 5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
- 6.- Definir el sistema de identificación y admisión

#### MÉTODO

Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

#### INDICADORES

1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas

- Área del indicador: Servicio de Urgencias
- Criterio de calidad: Seguridad
- Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
- Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
- Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
- Tipo: Estructura
- Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
- Estándar: Si

2) Revisión semestral del almacén de catástrofes

- Área del indicador: Servicio de Urgencias
- Criterio de calidad: Seguridad
- Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
- Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
- Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
- Estándar: > 95%

#### DURACIÓN

Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el último trimestre del año.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSARIO ELBAILE SARASA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CAJA BUETAS ROSA  
DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS  
MARTIN FERRANDO FERNANDO  
LOPEZ BRETOS ROSA  
SERVETO GALINDO OLGA  
PINIES LLORET LOURDES  
OLIVAN ESCO MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Una vez formado un equipo multiprofesional, se realizaron distintas reuniones, tras las cuales se elaboró un proceso, del cual se deriva un plan de actuación ante catástrofes y emergencias múltiples externas ( Anexo 1 del proceso), y se ja organizado un almacén de catástrofes de fácil acceso que contiene el material imprescindible para llevar a cabo la identificación y clasificación de los pacientes que lleguen al Servicio de Urgencias procedentes de una catástrofe externa. Este proceso ha sido revisado por la Unidad de Calidad y aprobado por la Dirección del Hospital San Jorge

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias ( SU), manteniendo la asistencia de otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa. Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados a cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir. Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado  
Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura  
Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas  
Definir el sistema de identificación y admisión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Los hospitales que disponen de este tipo de planes de actuación cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales. Se han analizado los indicadores propuestos, existiendo el plan de actuación frente a catástrofes externas, y se realiza la revisión semestral del almacén de catástrofes

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/509 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0509

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Autores:  
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CAJA BUETAS ROSA MARIA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, MARTIN FERRANDO FERNANDO, PINIES LLORET LOURDES, SERVET GALINDO OLGA, DOMINGUEZ GABAS JOSE LUIS, LOPEZ BRETOS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS

Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La catástrofe se identifica como un hecho imprevisto y desafortunado que de manera brusca ocasiona un gran número de víctimas, existiendo, de manera puntual, una gran desproporción entre las necesidades y los medios disponibles. Una catástrofe es por tanto, un hecho sorpresivo y que únicamente puede contrarrestarse con una formación y organización previas, para lo cual es necesario disponer de planes y procedimientos que permitan controlar la situación y minimizar las posibles consecuencias.

El establecimiento de medidas adecuadas de organización y de seguridad pueden paliar las consecuencias de una catástrofe, siendo la correcta atención sanitaria a las víctimas humanas una prioridad por encima de cualquier otra consideración. El hospital es el destinatario de la mayor parte de las víctimas de una catástrofe, y el Servicio de Urgencias, la zona del hospital con mayor impacto en esta situación.

En el año 2000 la OMS establece la definición de "Hospitales Seguros" como indicador mundial en la reducción de los desastres, y define los planes ante catástrofes externas como aquellos que permiten desarrollar una actividad coordinada y eficiente ante situaciones que pueden comprometer la organización y la capacidad de respuesta hospitalaria.

Los hospitales que disponen de este tipo de planes cuentan con una propuesta de mejora en el sistema de actuación ante una emergencia o desastre externo, que permite prevenir y controlar aquellos incidentes que afectan al marco externo hospitalario, optimizando el uso de sus recursos tanto humanos como materiales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Optimizar la atención a las víctimas de una catástrofe externa que llegan al Servicio de Urgencias ( SU) manteniendo la asistencia a otros pacientes críticos o graves no procedentes de la emergencia externa.
- 2.- Organizar el funcionamiento del SU, mediante el establecimiento de los niveles de alerta adecuados ante cada situación, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios humanos y las circunstancias en que puede ocurrir ( horario laboral, de guardia, festivo).
- 3.- Establecer una secuencia de actuación específica para cada nivel de alerta declarado.
- 4.- Establecer una estructura de mando, asignando las correspondientes responsabilidades a cada escalafón de la estructura.
- 5.- Definir y establecer las áreas de atención a las víctimas
- 6.- Definir el sistema de identificación y admisión

#### MÉTODO

Elaborar un plan de actuación del SU, frente a catástrofes y emergencias múltiples externas, en el que se determine la organización del SU en cuanto a recursos humanos y materiales, niveles de alerta, cuándo activar dichos niveles, secuencias de actuación según niveles de alerta, todo ello dirigido a optimizar la atención a las víctimas.

#### INDICADORES

- 1) Existencia de un plan de actuación frente a catástrofes externas
  - Área del indicador: Servicio de Urgencias
  - Criterio de calidad: Seguridad
  - Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
  - Explicación de términos: El plan de actuación frente a catástrofes externas debe especificar la organización humana y material del SU frente a una catástrofe externa
  - Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
  - Tipo: Estructura
  - Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
  - Estándar: Si
- 2) Revisión semestral del almacén de catástrofes
  - Área del indicador: Servicio de Urgencias
  - Criterio de calidad: Seguridad
  - Fórmula: Número de revisiones realizadas x100/ Número de revisiones previstas
  - Explicación de términos: Revisión realizada: El contenido del almacén de catástrofes debe permanecer siempre en correcto estado y funcionamiento. Debe constar la persona y fecha que realiza la revisión. Revisión prevista: Se establece como adecuada una periodicidad semestral
  - Población: Número total de revisiones realizadas en el periodo previsto
  - Tipo: Proceso
  - Fuente de datos: Documentación y registros del SUH
  - Estándar: > 95%

#### DURACIÓN

Elaboración del plan en los 3 primeros trimestres del año 2018, darlo a conocer al SU en el último trimestre

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0509**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA ANTE CATASTROFES Y EMERGENCIAS MULTIPLES EXTERNAS**

del año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0694

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA BLESAS CLAVERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ELBAILE SARASA ROSARIO  
CUARTERO CASIN CRISTINA  
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA  
BAGE GIL AMAYA  
MOYANO LEDESMA AMPARO  
SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se han realizado varias reuniones para la elaboración del protocolo, y para definir las actividades que debe realizar cada estamento, a lo largo de este año. Y se ha elaborado una guía que define las medidas para la revisión de la medicación de los pacientes del servicio de urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
En proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
En proceso

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/694 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0694

Título  
IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:  
BLESAS CLAVERO ELENA, ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO, CUARTERO CASIN CRISTINA, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, BAGE GIL AMAIA, MOYANO LEDESMA AMPARO, ESCOLANO PUEYO ANGEL, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: SEGURIDAD DEL PACIENTE  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La seguridad del paciente se ha convertido en los últimos tiempos en un elemento clave de la calidad asistencial, tanto para pacientes y familiares como para gestores y profesionales sanitarios, todos ellos desean una asistencia sanitaria segura, eficiente y efectiva. Sin embargo, la atención sanitaria es una actividad compleja, que acarrea riesgos para la salud de los pacientes, que pueden llevar a la aparición de eventos adversos. Los errores de medicación son una de las principales causas de morbilidad en el ámbito hospitalario, produciéndose la mitad de estos errores en procesos relacionados con la transición asistencial. La posibilidad de cometer estos errores se ve aumentada en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), ya que en el área del hospital donde se detectan un mayor número de errores de medicación prevenibles por paciente ingresado. La Conciliación de la medicación consiste en obtener una lista completa de la medicación previa del paciente, y compararla con la prescripción médica después de la transición asistencial. En este proceso es clave la



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0694

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACTUACION PARA LA REVISION Y CONCILIACION TERAPEUTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

participación activa del paciente y sus familiares. El objetivo es garantizar que a lo largo de todo el proceso asistencial el paciente recibe toda la medicación necesaria que estaba tomando previamente, con dosis, vía de administración y frecuencia correctas, adecuada a su situación actual. La conciliación debe ser un objetivo y una responsabilidad compartidos por todos los profesionales sanitarios, siendo la solución a los problemas derivados de los errores de mediación existentes en la práctica clínica diaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisar y actualizar toda la medicación de todos los pacientes que son atendidos en el SUH, para proporcionar una atención segura, y minimizar los errores de medicación y aparición de eventos adversos.
2. Conciliar la medicación de todos los pacientes que permanecen más de 24 horas en el SUH, y si permanecen menos de 24 horas priorizar aquellos fármacos cuyo tiempo de conciliación recomendado es menor de 4 horas.
3. Conciliar toda la medicación en las 6 primeras horas transcurridas desde la admisión en el SUH.

#### MÉTODO

Realizar una guía que defina las medidas generales para la revisión y conciliación de la medicación de los pacientes que acuden al SUH. Establecer las estrategias a seguir para conseguir la conciliación terapéutica en aquellas situaciones de alto riesgo de producir un evento adverso.

#### INDICADORES

- 1) Pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado
  - Dimensión: Seguridad
  - Fórmula:  $N^{\circ}$  pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias con el tratamiento domiciliario revisado y actualizado /  $N^{\circ}$  pacientes dados de alta del Servicio de Urgencias x 100
  - Explicación de términos: Se debe revisar y actualizar todo el tratamiento domiciliario del paciente, con el objeto de evitar errores de medicación, interacciones medicamentosas
  - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y dados de alta en el periodo revisado.
  - Tipo: resultado
  - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
  - Estándar: Superior al 80%
- 2) Pacientes que permanecen más de 24 horas en el Servicio de Urgencias con el tratamiento conciliado
  - Dimensión: Seguridad
  - Fórmula:  $N^{\circ}$  de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU con el tratamiento conciliado /  $N^{\circ}$  total de pacientes que permanecen más de 24 horas en el SU x 100
  - Explicación de términos: El paciente diana de la conciliación de la medicación en el SU, es el que permanece más de 24 horas en el SU, ya que es en el que la falta de conciliación puede acarrear la aparición de eventos adversos con mayor frecuencia
  - Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias que han permanecido más de 24 h en dicho servicio
  - Tipo: Resultado
  - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
  - Estándar: >90%
- 3) Pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias
  - Dimensión: Seguridad
  - Fórmula:  $N^{\circ}$  de pacientes a los que se concilia la medicación en las 6 primeras horas desde su ingreso en Urgencias /  $N^{\circ}$  total de pacientes que permanecen más de 6 horas en el SU x 100
  - Población: Pacientes que acuden a Urgencias y son dados de alta en el periodo revisado
  - Tipo: Resultado
  - Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias
  - Estándar: 50%

#### DURACIÓN

Realización de la guía en el tercer trimestre de 2018, implantándola en el último trimestre de 2018 para su inmediata aplicación.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0972

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ROSA MILLAN ACERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN  
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL  
CUARTERO CUENCA BERTA  
PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS  
ALONSO MORTE JONATAN  
BUISAN CASBAS GEMMA  
SANCHEZ LALANA EVA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un Protocolo para el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, indicaciones de pruebas complementarias pertinentes y los criterios del destino del paciente

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El protocolo se implanta en el primer trimestre de 2019

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos creído conveniente la elaboración de esta guía que recoge las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE

#### 7. OBSERVACIONES.

Los indicadores quedan pendientes de evaluar una vez se implante el protocolo.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/972 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0972

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA ATENCION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:  
MILLAN ACERO ANA ROSA, SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, CUARTERO CUENCA BERTA, BUISAN CASBAS GEMA, PASTOR CEBOLLERO MARIA JESUS, ALONSO MORTE JONATAN, SANCHEZ LALANA EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El Traumatismo Craneoencefálico (TCE) es definido como un intercambio brusco de energía mecánica que genera deterioro físico o funcional del contenido craneal, lo cual condiciona alguna de las manifestaciones clínicas siguientes: la confusión o desorientación, la pérdida de conciencia, la amnesia postraumática, otras anomalías neurológicas como los signos neurológicos focales, la convulsión y/o lesión intracraneal. Los TCE son una de las causas más importante de asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), aunque la mayoría de ellos (más del 90%) sólo precisaran observación cuidadosa durante 24-48 horas. Conllevan una morbilidad importante y constituyen la principal causa de muerte por traumatismo en cualquier grupo de edad, siendo en menores de 45 años la primera causa de muerte e incapacidad. En pacientes con edad avanzada las consultas en urgencias por caídas son comunes y los TCE son relativamente frecuentes. Esta patología

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0972

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

implica importantes costes para el sistema sanitario y para la sociedad en general, al ser responsable de un gran número de años potenciales de vida perdidos.

Todo paciente que ha sufrido un TCE producto de un accidente de cualquier tipo debe ser considerado un politraumatizado y, por ende, esto implica la necesidad de un minucioso examen físico general y valorar la realización de determinadas pruebas diagnósticas.

Por todo ello, creemos conveniente la elaboración de esta guía, que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, y así poder realizar las actuaciones y pruebas complementarias necesarias para optimizar la atención al paciente afecto de un TCE.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de actuación del TCE que sirva de instrumento para una correcta evaluación y clasificación inicial, junto con unos cuidados precoces del paciente para identificar posibles signos de alarma.
- Definir los criterios para realización de estudios radiográficos (Tomografía Axial Computarizada (TAC) craneal y Radiografía de columna cervical).
- Definir los criterios de observación en el SUH, así como los criterios de ingreso hospitalario y/o traslado al servicio de referencia para atención especializada por neurocirugía.

#### MÉTODO

Elaborar un protocolo que incluya el manejo del paciente que ha sufrido un TCE y que acude al SUH, las indicaciones para la solicitud de las pruebas complementarias pertinentes, así como los criterios que definan el destino del paciente.

#### INDICADORES

- Registro de la escala coma Glasgow (GCS) desglosada al ingreso y al alta del paciente del SUH.
  - o Dimensión: Efectividad. Riesgo
  - o Justificación: La GCS es un factor pronóstico del TCE con buena relación con la existencia de lesión intracraneal.
  - o Fórmula: N° de pacientes con registro de GCS desglosada al ingreso y al alta del SUH / N° de pacientes atendidos por TCE x 100.
  - o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
  - o Explicación de términos: Registro de la GCS en el informe de alta del SUH desglosando los 3 ítems (A+B+C).
  - o Tipo: Proceso.
  - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
  - o Estándar: 100%.
- Constancia en el informe del SUH de exploración neurológica y examen pupilar.
  - o Dimensión: Efectividad. Seguridad.
  - o Fórmula: N° de pacientes atendidos por TCE en los que se realiza exploración neurológica y examen pupilar / N° de pacientes atendidos por TCE x 100.
  - o Población: Pacientes con TCE atendidos en el SUH.
  - o Tipo: Proceso.
  - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
  - o Estándar: > 95%.
- Entrega de recomendaciones al alta domiciliaria.
  - o Dimensión: Seguridad. Continuidad.
  - o Justificación: La entrega de recomendaciones al alta domiciliaria al paciente atendido por TCE y/o a sus familiares evitará la demora para volver a consultar en caso de agravamiento del estado del paciente.
  - o Fórmula: N° de pacientes en los que consta la entrega de la hoja de recomendaciones al alta domiciliaria / N° de pacientes atendidos por TCE y dados de alta a domicilio del SUH x 100.
  - o Población: Pacientes atendidos por TCE en el SUH y dados de alta a domicilio.
  - o Fuente de datos: Documentación y registro del SUH.
  - o Estándar: 90 %.

#### DURACIÓN

Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2018, implantándolo en el primer trimestre de 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

### 1. TÍTULO

#### PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA MONTOLIO RODRIGUEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CUARTERO CASIN CRISTINA  
BLESA CLAVERO ELENA  
OLIVAN ESCO MARIA PILAR  
SANCHO RODRIGO MARTA  
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL  
SANCHO GRACIA ELENA  
MEJIA ESCOLANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Reuniones del grupo de mejora.  
- Protocolo de sedoanalgesia.  
- Consentimiento informado del proceso.  
- Encuesta de satisfacción del proceso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se ha realizado un protocolo de analgesia y sedación y todavía no se ha podido evaluar el impacto del proceso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
- La importancia de la estandarización de la práctica clínica para disminuir la variabilidad de la misma disminuyendo la posibilidad de eventos adversos.  
- El trabajo en equipo con la interacción de distintas especialidades que aportan diferentes puntos de vista sobre el mismo proceso, enriqueciendo el mismo.  
- La importancia de aplicar técnicas de sedoanalgesia a aquellos pacientes que precisen procesos diagnósticos y terapéuticos que les generen estrés o dolor, mejorando la calidad asistencial haciendo más confortable la estancia del enfermo en el servicio de Urgencias.  
- Ser conocedor de los fármacos que se utilizan, así como sus dosis y posibles fármacos antagonistas si se precisan.

7. OBSERVACIONES.  
Recomendamos la realización de protocolos que consensuen la actuación de distintos servicios favoreciendo la interacción entre los mismos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1036 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1036

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE SEDACION Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

Autores:  
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, CUARTERO CASIN CRISTINA, BLESA CLAVERO ELENA, OLIVAN ESCO MARIA PILAR, SANCHO RODRIGO MARTA, VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL, SANCHO GRACIA ELENA, MEJIA ESCOLANO DAVID

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036

### 1. TÍTULO

#### PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

- a. En el SU se realizan procedimientos diagnósticos y ciertas técnicas que producen dolor y ansiedad en los pacientes. Se crea la necesidad de establecer unos protocolos de analgesia y sedación que puedan ser implementados por médicos de urgencias no especialistas en anestesiología, y así conseguir un control seguro del dolor y la ansiedad, proporcionar cierto grado de amnesia, evitar los movimientos del paciente durante la realización de distintas pruebas y minimizar la respuesta al estrés del paciente.
- b. Dicho protocolo mejorará la calidad asistencial, aportando a los pacientes los beneficios de la sedación minimizando los riesgos asociados.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar un protocolo de sedoanalgesia para aquellos procedimientos que generen un estrés en el paciente.
- Que todo paciente que se aplique el protocolo tenga firmado el consentimiento informado.

#### MÉTODO

- Realización de protocolo de sedoanalgesia en el servicio de urgencias adecuado a varios grupos de pacientes distribuidos según edad y patología asociada, que puedan ser aplicados en la actuación diaria de los médicos de urgencias y pediatría del HSJ consensuado con los diferentes servicios del hospital San Jorge.
- Realización de un consentimiento informado adaptado para sedoanalgesia
- Realizar una valoración de la satisfacción del profesional y del paciente tras realizar el procedimiento.

#### INDICADORES

- a. Existencia de protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Satisfacción. Seguridad.
  - Formulación: Existencia de protocolo SI/NO.
  - Población: Pacientes que acuden al servicio de urgencias con un proceso que precise de un procedimiento con sedoanalgesia.
  - Tipo: Estructura.
  - Fuente de datos: Censo de protocolos del Servicio de Urgencias.
  - Estándar: SI.
- b. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a mayores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
  - Formulación: N° de pacientes mayores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnóstico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo/ Total de pacientes > 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
  - Población: Pacientes mayores 14 años atendidos en urgencias
  - Tipo: proceso
  - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
  - Estándar: Superior al 90%
- c. Aplicación de protocolo de sedoanalgesia a menores 14 años.
- Dimensión: Satisfacción y seguridad
  - Formulación: N° de pacientes menores 14 años a los que se les realiza procedimiento diagnóstico-terapéutico con cierto grado de estrés atendido en urgencias del HSJ y se aplica el protocolo / Total de pacientes < 14 años sometidos a dichos procedimientos x 100.
  - Población: Pacientes menores 14 años atendidos en urgencias
  - Tipo: proceso
  - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
  - Estándar: Superior al 90%
- d. Consentimiento de sedoanalgesia firmado
- Dimensión: Seguridad
  - Formulación: N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y firman el consentimiento informado/ N° total de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
  - Población: Pacientes atendidos en urgencias
  - Tipo: estructura
  - Fuente de datos:
  - Estándar: 100 %
- e. Complicaciones al aplicar el protocolo de sedoanalgesia
- Dimensión: Seguridad y efectividad.
  - Formulación: N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia y presentan alguna complicación con el mismo/N° de pacientes a los que se les aplica el protocolo de sedoanalgesia x 100.
  - Población: pacientes a los que se aplica el protocolo de sedoanalgesia
  - Tipo: resultado
  - Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
  - Estándar: menor al 10%

#### DURACIÓN

- Realización del proceso y protocolo.
- Dar a conocer el proceso y protocolo a los servicios implicados.
- Recoger los datos tras implantación del proceso en el primer trimestre de 2019.
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección.

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1036**

**1. TÍTULO**

**PROCESO PARA EL PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA CARCELLER TEJEDOR  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

GARCIA RUIZ RAMIRO  
BONO ARIÑO MARIA ARACELI  
BERNE MANERO JOSE MIGUEL  
APARICIO JUEZ LARA  
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER  
SUBIAS BARDAJI PILAR  
NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha conseguido ampliar el espectro de pacientes visitados en la consulta especializada de Tumor Vesical del Hospital San Jorge de Huesca, ya que previamente estaba diseñada para el seguimiento de pacientes con tumores vesicales NO músculo-invasivo. En la actualidad, esta consulta especializada atiende al paciente de forma integral, desde su primer diagnóstico de tumor vesical, hasta el seguimiento que precisa incluso tras la realización de cistectomía en su caso.

Así, todos los pacientes intervenidos de tumor vesical, sea músculo-invasivo o no, al alta hospitalaria se derivan a esta consulta especializada.

Los pacientes con tumores vesicales no músculo-invasivos llevan un seguimiento muy estandarizado tras la realización de un Protocolo aprobado hace un año por la Unidad de calidad de este hospital. De la misma forma, y para estandarizar el seguimiento de los pacientes tras cistectomía, se ha realizado recientemente un "Protocolo de seguimiento de pacientes sometidos a cistectomía radical por tumor vesical", pendiente de aprobación. Por otro lado, se ha conseguido que la consulta de enfermería dedicada a las instilaciones vesicales se amplíe a 2 días semanales, con lo que dicha consulta se utiliza también para dilataciones uretrales o cuidados y manejo de la ostomía urinaria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos cumplido los objetivos de nuestro proyecto inicial, cumpliendo con el calendario marcado y con los indicadores estándar.

Así, conseguimos:

- Control óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento

óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio: <10%

- Cumplimiento del seguimiento propuesto Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo /

Pacientes en seguimiento: >90%

- Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de protocolo

/Total de procedimientos realizados: <10%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al realizar una atención integral del paciente con tumor vesical, tanto los profesionales que los atendemos, como los propios pacientes, valoran esta consulta muy positivamente.

Son atendidos por los mismos profesionales, desde su primera consulta y todas las posteriores en el seguimiento estandarizado de su patología.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/510 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0510

#### Título

OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

#### Autores:

CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA RUIZ RAMIRO, BONO ARIÑO MARIA ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, APARICIO JUEZ LARA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, SUBIAS BARDAJI PILAR, NAVAS PIEDRAFITA DANIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La patología maligna más frecuente del tracto urinario es el tumor vesical, y es la patología urológica que genera más gasto sanitario.  
La probabilidad de progresión (invasión muscular) de un tumor no músculo-invasivo es de unos 12% a los 5 años. El 43% de los pacientes a los que se realiza cistectomía corresponde a pacientes cuyo primer diagnóstico fue tumor vesical sin invasión muscular, pero que ha progresado con el tiempo.

Durante el año 2017, y como dos Proyectos de mejora de calidad del Servicio, pertenecientes a los Acuerdos de Gestión de 2016, se ha creado una consulta especializada en tumor vesical, con estandarización en el seguimiento y tratamiento de los diversos tumores vesicales no músculo-invasivos. Así, durante este tiempo, se ha conseguido ajustar y optimizar tiempos y pruebas complementarias acordes al riesgo de recidiva y/o progresión de cada paciente.

En nuestro Servicio de Urología se realizan en torno a unas 130 - 150 cirugías endoscópicas de tumor vesical y alrededor de unas 25 cistectomías al año, tras diagnóstico de tumor vesical músculo-invasivo.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Ampliar el espectro de pacientes en la consulta especializada en Tumor vesical, ya que hasta el momento sólo se visitaban pacientes con enfermedad no músculo-invasiva; para los cuales se han elaborado distintos protocolos de actuación y seguimiento según grupos de riesgo.

Derivar estos pacientes ya en seguimiento en las consultas generales de Urología, a la consulta especializada en Tumor vesical.

Remitir al alta los pacientes cistectomizados a dicha consulta para seguimiento rutinario.

Plantear realizar una consulta de enfermería de ostomías urológicas.

Estandarización del seguimiento en consultas tras la intervención quirúrgica según la realización de un Protocolo orientado con las guías clínicas europeas de tumor vesical músculo-invasivo.

Optimizar recursos en la gestión de los tumores vesicales músculo-invasivos desde la resección transuretral hasta la cistectomía.

##### MÉTODO

Dos consultas semanales especializadas en pacientes con tumor vesical, además de la(s) consulta(s) semanal(es) de enfermería para instilaciones endovesicales de quimioterápicos para patología vesical. Posibilidad de ampliar esta(s) consulta(s) para dudas y/o complicaciones con los estomas urológicos.

Dos Facultativos Especialistas de la plantilla estructural del Servicio de Urología del hospital San Jorge, que son los encargados de atender esta Consulta especializada.

Una consulta coincidirá con el mismo día de la consulta de Enfermería e instilaciones endovesicales para agilizar dudas, complicaciones y seguimiento posterior a los tratamientos endovesicales.

La otra consulta será otro día de la semana diferente, ya que se precisará la sala utilizada para instilaciones para la realización de ecografías o cistoscopias propias del diagnóstico y/o seguimiento del paciente con Tumor vesical.

##### INDICADORES

| INDICADOR   | Explicación indicador | estándar   |
|---|-----------------------|--|
| Control Óptimo: Tiempo a diagnóstico, tratamiento y seguimiento.    |                       | Control de pacientes fuera de seguimiento                            |
| Óptimo según Guías clínicas y los protocolos actuales del Servicio. |                       |  |
| < 10%   |                       |  |
| Cumplimiento del seguimiento propuesto                              |                       | Pacientes que cumplen el seguimiento correspondiente según protocolo |
| / Pacientes en seguimiento  |                       |  |
| > 90%   |                       |  |
| Procedimientos innecesarios o fuera de protocolo                    |                       | Procedimientos diagnósticos o terapéuticos fuera de                  |
| protocolo / Total de procedimientos realizados                      |                       |  |
| < 10%   |                       |  |

##### DURACIÓN

Duración: Permanente e indefinida.

Calendario:

- Mayo-Noviembre 2018: Se comenzará la derivación de los pacientes en seguimiento semestral por tumor vesical a las consultas especializadas y se seguirá su proceso evolutivo.



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0510**

**1. TÍTULO**

**OPTIMIZACION DE RECURSOS EN LA GESTION DEL TUMOR VESICAL MUSCULO-INVASIVO, DESDE LA RESECCION TRANSURETRAL HASTA LA REALIZACION DE LA CISTECTOMIA**

- Noviembre-Diciembre 2018: Identificación y subsanación de problemáticas posibles acaecidas hasta el momento.
- Abril-Mayo 2019: Valoración de la situación tras un año de consultas especializadas en tumor vesical.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO GARCIA RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H SAN JORGE  
· Localidad ..... HUESCA  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... HUESCA

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

CALDERERO ARAGON VERONICA  
BERNE MANERO JOSE MIGUEL  
LASTRA DEL PRADO RODRIGO  
CARCELLER TEJEDOR ELENA  
GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER  
DOLEZAL PETR  
BONO ARIÑO MARIA ARACELI

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo- Junio 2018: Se forma un equipo de Urología y Oncología médica que constituirá el germen del comité para, posteriormente y dependiendo de la dinámica, ampliar el mismo a otras especialidades implicadas en la atención sanitaria del paciente afectado por tumores urológicos. Se identifican los recursos disponibles para las reuniones considerando los mismos suficientes y se adquiere el compromiso de asistencia y colaboración por parte de los miembros del mismo. Se acuerda realizar reuniones con una periodicidad quincenal, en horario de jueves de 14 a 15 horas (dependiendo de la finalización de la actividad asistencial en cada caso), en la planta 4ª en el despacho de adjuntos del servicio de Urología. El objetivo inicial del comité es comentar casos que precisen derivación desde Barbastro a Huesca, una atención multidisciplinar o de una complejidad que requiera un consenso en la toma de decisiones.

- Junio- Agosto 2018: Se realizan una serie de reuniones en las que acordamos el control de los casos mediante la realización de una base de datos. Durante el período de verano desciende ligeramente la participación debido a la menor actividad asistencial y al período vacacional pero, a pesar de todo, se continúa con la actividad del mismo.

- Septiembre 2018 - Febrero 2019: Se pone en marcha el comité, se registran los casos y se toman decisiones consensuadas de los mismos. Se considera adecuado incluir al servicio de Radiodiagnóstico y de Anatomía Patológica en el mismo. Además y dado que se va a desplazar a nuestro centro un facultativo de Oncología Radioterápica, se considera óptimo que cuando esto suceda, se programe el comité el día en el que dicho facultativo se encuentre en nuestro centro para que pueda asistir al mismo. Durante este período se inician los trámites para dar oficialidad al comité desde el punto de vista de la normativa vigente, se contacta con la unidad de calidad para informarnos y se empiezan a elaborar los estatutos del comité.

- Marzo Abril 2019: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el comité se han comentado 184 pacientes, 145 procedentes de Barbastro (78,8%), 34 de San Jorge (18,5%) y 5 missing (2,7%).

En cuanto a la localización del tumor, 103 pacientes presentaban un cáncer de próstata (56%), 40 de vejiga (21,7%), 34 de riñón (18,5%), 3 de testículo (1,6%), 2 de pene (1,1%), 1 de uréter (0,5%) y 1 origen desconocido (0,5%).

De acuerdo a los indicadores que fijamos en su momento para evaluar nuestro proyecto:

- Cumplimiento de calendario de reuniones: se fijó un estándar superior al 90% y, en este punto, hemos alcanzado el 100% puesto que se han llevado a cabo todas las reuniones que se han programado. Este alto cumplimiento se debe a que hemos adaptado el programa de reuniones al calendario, es decir, en cada comité se fijaba la fecha del siguiente que, en condiciones normales, era 15 días después pero que, en ocasiones y porque fuese festivo, podría adelantarse o retrasarse por lo que vemos que esta metodología ha impactado positivamente en el cumplimiento sin que lo haga negativamente en el manejo de los casos tratados.

- Resolución de casos: se fijó un estándar superior al 80% y se ha alcanzado un 95%. El 5% corresponde a casos que, por su complejidad, han precisado derivación a servicios de Urología de centros terciarios que dispusiesen de servicio de cirugía vascular y cardíaca (tumores renales con trombo en vena cava) o de pacientes que por su ideología no aceptaban transfusiones sanguíneas. El resto de pacientes han sido resueltos con recursos propios de los sectores de Huesca y Barbastro.

- Derivación de pacientes: Se trata de pacientes que fueron derivados a otro centro sin ser comentados previamente en el comité. En este punto se fijó un estándar inferior al 20%. En este punto resulta complejo indicar un grado de cumplimiento con precisión pero, sin duda, se encuentra por debajo del estándar marcado. La dificultad reside en que algunos casos muy complejos se pueden derivar directamente desde la consulta de Huesca o Barbastro y comentar en las sesiones de los servicios alcanzando consenso en la canalización a ese nivel y no considerando necesario que lleguen hasta el comité.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de un comité de tumores constituye un importante reto tanto para los profesionales implicados como para los hospitales desde un punto de vista administrativo y de organización de los recursos. Sin duda, la motivación del equipo junto con el apoyo de las direcciones médicas han constituido los pilares fundamentales para que este proyecto haya podido iniciarse y avanzar. Nos queda pendiente otorgar al mismo de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

un marco formal basado en la normativa que regula los comités, para ello tenemos elaborado un borrador que hemos de consensuar en el comité en primera instancia, posteriormente contar con la aprobación de la comisión de tumores del hospital y, por último, de la dirección médica. Está siendo una experiencia muy gratificante para todos, pues no sólo se trata de optimizar recursos y de consensuar casos sino de conocer el aspecto multidisciplinar en patología urológica oncológica y nuestra responsabilidad de actualización de conocimientos, lo que repercute en el día a día en una mejor atención de nuestros pacientes.

Es un proyecto que es perfectamente reproducible en otros hospitales ya que no conlleva un gran uso de recursos sino de reorganizar de los que ya se dispone.

Un ambicioso objetivo al que deberíamos aspirar es al de protocolizar el manejo de todos los pacientes oncológicos de urología "estándar" de forma que en ambos sectores se lleve a cabo de la misma forma y usar el comité para aquellos pacientes que no tienen cabida en dichos protocolos de manejo.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/515 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0515

Título  
PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

Autores:  
GARCIA RUIZ RAMIRO, CALDERERO ARAGON VERONICA, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, LASTRA DEL PRADO RODRIGO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, GARCIA ALARCON FRANCISCO JAVIER, DOLEZAL PETR, BONO ARIÑO MARIA ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La patología oncológica urológica supone una importante carga asistencial para los servicios de Urología de Aragón tanto desde un punto de vista de procedimientos quirúrgicos como de seguimiento en consultas, así como para los servicios de Oncología Médica.

En este sentido, tradicionalmente se han establecido vías de colaboración oficiosas entre servicios y entre hospitales ya que en ocasiones se comentan casos entre profesionales que generan dudas de manejo, que requieran tratamientos quirúrgicos complejos o un enfoque multidisciplinar.

Es por ello que creemos necesario dar oficialidad a esas vías de colaboración entre los Servicios de Oncología médica y Urología de los Hospitales de Barbastro y Huesca de forma que ya no sea una conversación telefónica a título individual entre profesionales la que de lugar a una canalización de pacientes sino que sean todos los profesionales implicados en la atención del paciente oncológico los que puedan aportar su punto de vista realizando un tratamiento integral del paciente oncológico de los sectores de Huesca y Barbastro minimizando diferencias entre sectores.

El objetivo 12 de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de salud establece que los centros hospitalarios que ofrezcan tratamiento oncológico pondrán en marcha comités de tumores que establezcan en plan terapéutico global, así el Hospital San Jorge es el centro de referencia del Sector Barbastro y, por ello, se plantea establecer dicho comité en nuestro centro.

### RESULTADOS ESPERADOS

Implantar una comisión de tumores urológicos interhospitalaria periódica entre los sectores de Barbastro y Huesca para realizar un manejo integral del paciente con tumores urológicos cuyo diagnóstico, tratamiento o seguimiento requiera medios no disponibles en un determinado centro o cuyo manejo sea susceptible de tener una consideración multidisciplinar.

Posibilitar el intercambio de conocimientos entre profesionales de diferentes especialidades así como aumentar la motivación a la constante actualización científica en materia de Oncología Urológica.

### MÉTODO

Establecer las vías de comunicación necesarias para lograr acordar un calendario de reuniones periódicas así

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0515

### 1. TÍTULO

#### PUESTA EN MARCHA DE UN COMITE DE TUMORES UROLOGICOS CONJUNTO PARA LOS SECTORES DE BARBASTRO Y HUESCA

como del contenido a tratar en dichas reuniones (casos controvertidos, elaboración de protocolos de seguimiento, derivación de pacientes que requieran tratamiento quirúrgico complejo...).

Se elaborarán actas de las reuniones en las que se incluirán los profesionales presentes así como los casos tratados.

Según los resultados obtenidos y las carencias detectadas, se plantearán otros recursos necesarios (por ejemplo incorporación de profesionales de otras especialidades).

#### INDICADORES

INDICADOR 1: Cumplimiento de calendario de reuniones

EXPLICACION 1: Reuniones realizadas / Total de reuniones programadas previamente

ESTÁNDAR 1: > 90%

INDICADOR 2: Resolución de casos

EXPLICACION 2: Casos "resueltos" sin precisar apoyo externo/ Total de casos comentados

ESTÁNDAR 2: >80%

INDICADOR 3: Derivación de pacientes

EXPLICACION 3: Pacientes derivados y comentados en comité/ Pacientes derivados sin ser comentados previamente en comité

ESTÁNDAR 3: <20%

#### DURACIÓN

- Mayo-Junio 2018: Conformación del equipo de Urología y Oncología médica que formará parte del comité. Realizar una serie de reuniones para identificar problemas en cada uno de los sectores y aportar ideas mediante técnica de brainstorming. Puesta en común de los mismos, toma de decisiones estratégicas previa realización de priorización de problemas. Consenso en periodicidad (calendario predefinido), forma, lugar, temas a tratar e integrantes del comité.
- Junio-Agosto 2018: Reparto de tareas, reuniones previas del comité a modo de simulacro, tratando casos reales e identificando problemas en la puesta en marcha.
- Septiembre-Febrero 2018: Puesta en marcha del comité, registro de los casos tratados y toma de decisiones.
- Marzo-Abril 2018: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*