

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

### Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 125 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

#### Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS ABIEGO	MILLAN BARRIO MARIA LUISA	2016_1467	S1	06/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES	2018_0372	S3	06/02/2019	EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	S1	01/02/2019	INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	HERNANDEZ DE PEDRO MARIA	2016_1561	S1	23/01/2018	SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	S1	20/02/2018	CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	F	04/01/2019	EDUCACION PARA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	S2	14/01/2019	LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	F	05/02/2019	LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1419	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1419	F	04/01/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1440	S2	11/02/2019	MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	S1	07/02/2018	REEDUCACION DE SUELO PELVICOE EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICOA CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2018_0285	F	01/02/2019	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PALACIN EL TORO BEATRIZ	2018_0321	F	25/02/2019	BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	S1	20/02/2019	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	GRAU BARRULL ANA ISABEL	2018_0555	F	07/02/2019	PASEOS SALUDABLES
BA	AP	CS BARBASTRO	GRACIA MONTOLIU ALICIA	2016_0574	S1	15/02/2018	IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	BLASCO OLIETE MELITON	2016_0581	S1	15/02/2018	MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO
BA	AP	CS BARBASTRO	CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES	2016_0711	S1	12/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCION DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2016_0970	S1	14/02/2018	IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA	2016_1550	S1	12/01/2018	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	S1	12/01/2018	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2018_0974	S1	12/03/2019	INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS BARBASTRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	SAGARRA NOVELLON DIANA	2018_0652	S1	08/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1559	F	15/02/2018	EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION
BA	AP	CS BENABARRE	CASTRO CUBERO ROSA	2016_1579	F	16/02/2018	GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS
BA	AP	CS BENABARRE	VENTURA SAURA MARIA PILAR	2016_1584	S1	16/02/2018	ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S1	08/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

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

### Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 125 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

#### Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS BERBEGAL	MONTERO MORATA CARLOS	2016_1526	S1	09/02/2018	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	S1	16/02/2018	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	S1	15/01/2019	MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	S1	27/02/2019	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL	2016_1043	F	01/07/2017	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	S1	19/01/2018	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	S1	02/02/2018	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	S1	16/02/2018	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S1	22/01/2018	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	S1	14/02/2018	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	S1	16/02/2018	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	S1	29/01/2018	RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S1	15/02/2019	MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	YSEBIE RONSE ISABEL	2018_1446	S1	07/02/2019	FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2018_1493	S1	19/02/2019	IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES
BA	AP	CS FRAGA ADMISION Y DOCUMENTACION	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	S1	13/02/2019	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	S1	04/02/2019	INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	BITRIAN AISA PILAR	2018_0191	S1	20/02/2019	USA LOS PIES CON CABEZA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	S1	19/02/2019	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA
BA	AP	CS GRAUS	SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA	2016_0022	S1	01/02/2018	TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	16/02/2018	IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	15/01/2019	ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2016_1418	S1	14/02/2018	GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	S1	24/02/2019	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO
BA	AP	CS LAFORTUNADA	BERNUES SANZ GUILLERMO	2016_1586	S1	12/02/2018	ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2018_0051	S1	13/03/2019	CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS MEQUINENZA	FERRER SANZ MARIA JOSE	2018_1459	S1	18/02/2019	GESTION DE ANALITICAS
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S1	14/02/2018	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE

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

**Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018**

*Número de memorias: 125 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)*

Sector BARBASTRO							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN	2016_1536	S1	08/02/2018	CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2018_0454	F	06/03/2019	PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	GUEVARA LOPEZ TERESA	2016_0784	S1	16/02/2018	MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS MONZON URBANO	JAVIERRE MIRANDA ELENA	2016_1437	S1	10/02/2018	PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES
BA	AP	CS MONZON URBANO	BORDAS BUIL YOLANDA	2018_0932	S2	26/02/2019	TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	PASCUAL FRANCO MONICA	2016_1481	S1	07/02/2018	GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	S1	07/02/2018	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	MOTIS MONTES GABRIEL	2016_1484	S1	07/02/2018	TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S1	22/01/2019	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	S1	22/01/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	S1	22/01/2019	PASITO A PASITO, PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGU VICTOR	2016_1476	S1	16/02/2018	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD
BA	AP	DAP BARBASTRO	MONCLUS MURO ANA	2018_0101	S1	18/01/2019	ACTUACION SOBRE FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	S1	18/01/2019	GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA CONSULTAS EXTERNAS	PEREZ SARASA SUSANA	2018_0493	S2	15/02/2019	COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ADMISION Y DOCUMENTACION	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	S1	29/01/2018	PROYECTO POLY-CARE
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	TAPIA LANUZA AMADO	2018_1032	F	15/02/2019	MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	SOPENA MURILLO ANA CRISTINA	2018_1241	F	15/02/2019	MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	2018_0237	S1	09/03/2019	UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	PUEYO VICENTE YOLANDA	2018_0892	F	11/03/2019	MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	16/01/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	12/03/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	16/01/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	12/03/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FRANCES RAMI ESMERALDA	2018_0320	S1	27/02/2019	UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y	ALONSO AYERBE LAURA	2018_0232	S2	12/03/2019	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

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

### Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 125 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

#### Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		TRAUMATOLOGIA					
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	21/01/2019	UGC DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	04/03/2019	UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	S1	27/02/2019	TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	AURED DE LA SERNA ISABEL	2018_1514	F	27/02/2019	INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	CASTELLAR OTIN ELENA	2018_0054	S1	22/01/2019	UNIDAD DE DEMENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2018_0945	F	15/02/2019	ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	SAHUN GARCIA ELISA MARIA	2018_1078	F	26/02/2019	PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2018_1081	F	26/02/2019	APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2018_0263	F	13/02/2019	CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTI-VITAMINA K
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	S1	13/02/2019	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	S1	23/02/2019	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2018_0351	S1	22/02/2019	CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR	2018_0062	S3	29/01/2019	IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BOLEA LADERAS LAURA	2018_0300	S1	25/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO	2018_1171	F	26/02/2019	ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	MORA ROLDAN LAURA	2018_1474	S1	28/02/2019	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	LEON SUBIAS ERICA	2018_0823	S1	03/03/2019	ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2018_0886	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUENO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	S0	12/02/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	F	06/03/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER	2018_0048	S1	11/01/2019	EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0377	S1	11/01/2019	MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0378	S1	11/01/2019	CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	S1	11/01/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	F	13/03/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DEFIOR SANTAMARIA SARA	2018_0107	F	03/02/2019	CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE

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

### Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 125 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

#### Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S0	15/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S1	04/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	2018_0370	S1	14/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	FLORIAN GERICO JESUS	2018_0331	S0	17/12/2018	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2018_0365	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2018_0622	F	14/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2018_0111	S1	21/02/2019	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2018_0268	F	14/02/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES
BA	HOSP	H BARBASTRO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	MINGUILLON ARANDA LUIS	2018_1431	S1	13/03/2019	ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO QUIROFANOS	PARDENILLA VIÑUALES EMMA	2018_0022	F	10/03/2019	MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	S1	21/01/2019	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2018_0759	S1	22/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2018_0876	F	14/02/2019	PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR
BA	HOSP	H BARBASTRO UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO	PESQUER VILAS ISABEL	2018_0244	F	08/02/2019	ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2016_1477	S1	16/02/2018	ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2018_0409	S0	26/02/2019	GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA MILLAN BARRIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ABIEGO  
· Localidad ..... ABIEGO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TODA CALVO MARIA ROSARIO  
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES  
CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES  
CASTRO ASIN ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se realizó una reunión de Equipo para llevar a cabo la selección de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión. El grupo se ha compuesto de 5 personas, (se ha producido un fallo en la asistencia de uno de los participantes), siendo un grupo homogéneo en edad, instrucción y tratamientos.  
Hasta el momento se ha realizado la primera sesión de una hora de duración con el siguiente contenido: " Conocimientos fundamentales de la diabetes". Al inicio de la sesión se cumplimentó un pre-test para valorar los conocimientos de partida así como el compromiso de asistencia. Como recursos materiales se han utilizado: ordenador, proyector y presentaciones de power-point.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
El proyecto ha sido recibido con satisfacción por parte de los asistentes, con compromiso de responsabilizarse y aumentar el autocuidado de su enfermedad. Se ha seguido el cronograma marcado hasta el momento. Como criterio de inclusión para elegir a la población diana se estableció:  
- Mal control metabólico (Hb mayor 7%)  
- Sobrepeso IMC mayor 25%  
- Capacidad suficiente de aprendizaje  
Al estudiar nuestra población diana nos dimos cuenta que era difícil adaptarse a los criterios de inclusión establecidos, por lo se optó por modificarlos. La población diana en la actualidad es:  
- Pacientes diabéticos tipo 2, mayores de 60 años, de nuestra zona de salud.  
Los indicadores del proyecto son:  
- Realización de al menos 3 sesiones educativas en un grupo completo.  
- Número de pacientes que han aumentado sus conocimientos de DM, tras la intervención diabetológica, así como su grado de satisfacción con el programa.  
La fuente de selección es los pacientes diabéticos tipo 2 incluidos en el programa OMI del EAP. se ha seguido como criterio de selección aquellos con peor control diabetológico, capacidad suficiente de aprendizaje y similar nivel de instrucción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La aportación más importante de este trabajo es la implantación progresiva de un plan educativo, que permite mejorar los conocimientos y habilidades de los pacientes en cuanto a su autocuidado. Consideramos que es una patología de gran importancia en el ámbito sanitario susceptible de ser evaluada.  
El programa se ha iniciado, quedando pendiente 3 sesiones clínicas y sus evaluaciones correspondientes. Se realizará el test post-intervención así como la encuesta de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1467 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1467

Título  
EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Autores:  
MILLAN BARRIO MARIA LUISA, TODA CALVO MARIA ROSARIO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES, CASTRO ASIN ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017

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

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

#### PROBLEMA

La prevalencia de la enfermedad detectada en nuestra zona y la apreciación de falta de puesta en práctica de los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, que se transmiten diariamente en nuestras consultas, son los motivos por los que tras reunión y consenso en el equipo, decidimos implantar un plan de estrategia educativa sobre educación diabetológica. Como complemento de la educación individualizada en las consultas, creemos conveniente reforzar a través de la educación grupal el autocontrol de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios, que esta patología ocasiona.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Serán criterios de inclusión para elegir a la población diana:

- Mal control metabólico HbA1 > 7%
- Sobrepeso IMC >25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje

El objetivo de la educación diabetológica es mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Serán objetivos específicos conseguir mejorar en los siguientes ámbitos: control glucémico y en los hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, control del peso).

#### MÉTODO

- Reunión de equipo para seleccionar a los pacientes que cumplan los criterios de inclusión. La elección del grupo será homogénea en edad, nivel de instrucción y tratamientos. Los grupos estarán compuestos por 6 personas.
- Cumplimentación de pre-test para valorar conocimientos de partida.
- Se realizarán 4 sesiones, cada dos meses, de una hora de duración con los siguientes contenidos:
  - 1º. Conocimientos fundamentales de la diabetes.
  - 2º. Alimentación y ejercicio.
  - 3º. Hipo-hiperglucemia.
  - 4º. Cuidados de piel y pies.

- En las sesiones se favorecerá el diálogo bidireccional tanto con los ponentes como con los miembros del grupo, con la finalidad de intercambiar experiencias.

- Se finalizará con un test post-intervención para valorar conocimientos adquiridos.

- Se realizará encuesta de satisfacción.

- Las sesiones se impartirán en la sala de reuniones del centro de salud.

- Recursos materiales: Ordenador, proyector (power-point, videos).

Folletos informativos.

Encuesta satisfacción.

Test para pacientes.

Báscula y tallímetro.

#### INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores:

- Que el 50% de la población diana disminuya su IMC.
- Que el 50% de la población diana disminuya su HbA1c.
- Realización de al menos 3 sesiones educativas (un grupo completo).

#### DURACIÓN

-Realización de 4 sesiones educativas, cada 2 meses, de una hora de duración.

-Inicio septiembre 2017.

-Finalización junio 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1467**

**1. TÍTULO**

**EDUCACION GRUPAL EN DIABETICOS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO 2017**

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 - 2018/0372

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CASTELLS SOLANAS

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS ABIEGO
- Localidad ..... ABIEGO
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO ASIN ALFREDO  
TODA CALVO MARIA ROSARIO  
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES  
MILLAN BARRIO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se inicia en el mes de noviembre del 2018 realizándose una reunión con el equipo docente del CRA Vero-Alcanadre. Se plantea un cambio en el grupo de alumnos a intervenir, se trabajará con el colegio de Abiego (inicialmente Bierge).Acordamos con el equipo el contenido de la charla-taller para adaptarla al grupo de edad así como a los conocimientos de partida. Queda pendiente la realización de la sesión con los alumnos programada para febrero del 2019. Tras la sesión se realizará evaluación de los conocimientos a través de preguntas cortas. A los 4 meses se realizará una segunda evaluación con la finalidad de verificar y afianzar los conocimientos dietéticos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto no está concluido. Queda pendiente la realización de la primera sesión con escolares que se llevará a cabo en febrero así como la evaluación de adquisición de conocimientos a los 4 meses. El proyecto es acogido con satisfacción y colaboración por parte del Equipo docente que se ha implicado en las actividades, que promueven una alimentación sana en la infancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se realizará a lo largo de este curso escolar . Consideramos fundamental la intervención en el ámbito escolar que ayuda a modificar hábitos alimentarios y a prevenir enfermedades en el futuro. Es importante para ello el compromiso y la colaboración por parte de todos los niveles de intervención.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/372 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0372

Título  
EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

Autores:  
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES, TODA CALVO MARIA ROSARIO, CASTRO ASIN ALFREDO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES, MILLAN BARRIO MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

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

PROBLEMA  
Tras reunión de equipo y analizando la situación en la comunidad, se detecta como una de las prioridades, la instauración de programas para la salud en el ámbito escolar, con la iniciativa de fomentar la educación sobre la alimentación. Promover hábitos saludables previene patologías agudas y crónicas, así como favorece el desarrollo de estilos de vida que ofrezcan bienestar y calidad de vida.  
La adquisición de hábitos alimentarios y comportamientos saludables en la etapa infantil (escolar) es

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0372

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

fundamental para asegurar conductas beneficiosas para la salud en el futuro.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Alumnos del CRA Vero-Alcanadre. Colegio de Bierge.

- Como principal objetivo se pretende informar y motivar a la población infantil en la práctica de hábitos alimentarios saludables.
- Verificar la adquisición de conocimientos 6 meses post-intervención.

#### MÉTODO

Reunión con el Equipo docente para explicar el proyecto y elaborar un calendario conjunto

- En la primera sesión se pretende realizar una puesta en común acerca de conocimientos nutricionales, que nos ayude a valorar el punto de partida y que hábitos debemos reforzar con mayor intensidad.
- En la segunda sesión se realizará una charla teórica acerca de los nutrientes, cantidad necesaria y recomendable en la ingesta. Analizar la pirámide de los alimentos. Tras explicación teórica se llevará a cabo una actividad individual construyendo la pirámide.
- Concluir la sesión con una encuesta de preguntas cortas, donde se valorarán las contestaciones satisfactorias, de los conocimientos adquiridos en el taller.
- Se finalizará con una encuesta post-intervención 6 meses después de la práctica, para verificar y afianzar conocimientos adquiridos.

#### INDICADORES

- Evaluación tras encuesta de los conocimientos aprendidos durante el taller.
- Evaluación a los 6 meses, por encuesta, valorando conocimientos alimentarios adquiridos.

#### DURACIÓN

Tres sesiones a lo largo del curso escolar 2018-2019.  
Finalización del proyecto 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 - 2018/0801

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO TODA CALVO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ABIEGO  
· Localidad ..... ABIEGO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES  
MILLAN BARRIO MARIA LUISA  
CASTRO ASIN ALFREDO  
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente no se podido realizar la creación de las agendas de los profesionales, dado que esto no depende del equipo. Por este motivo los pacientes atendidos han sido citados en las propias agendas de los profesionales, en los consultorios locales. Las agendas ya están creadas con lo que a partir de ahora los pacientes serán citados en las consultas monográficas.

Hasta el momento se han incluido 3 pacientes en los que se ha realizado:

- Valoración grado motivación.
- Intervención intensiva.
- Seguimiento posterior.

El primer paciente continua sin fumar en la actualidad, se continua el seguimiento.

El segundo ha vuelto a fumar tras la intervención.

El tercero se encuentra iniciando la intervención.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al primer indicador tres pacientes se han sometido a una intervención intensiva del total de los fumadores.

Respecto al segundo indicador el proyecto no lleva un año en funcionamiento por lo que no podemos valorar el número de pacientes ex-fumadores al año.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La atención primaria posee unas características de accesibilidad y continuidad que le hacen ocupar un lugar fundamental en la intervención contra el tabaquismo.

El proyecto se ha iniciado y continuaremos con la realización de una reunión de equipo en febrero, para recordar a los profesionales la creación de las agendas y el seguimiento del proyecto dada la escasa captación de pacientes conseguida.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/801 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0801

Título  
INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Autores:  
TODA CALVO MARIA ROSARIO, MILLAN BARRIO MARIA LUISA, CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES, CASTRO ASIN ALFREDO, GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Dependencia tabáquica  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0801

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Reunidos en Equipo y tras analizar la situación actual a través de la información disponible, detectamos una prevalencia elevada de pacientes fumadores, en los que se ha realizado una insuficiente intervención para la deshabituación tabáquica.  
El tabaquismo es el factor de riesgo modificable que causa por si mismo un mayor número de muertes prematuras e invalidez. Se trata de un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por sus consecuencias para la salud. La población fumadora presenta un riesgo aumentado de padecer cáncer broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Por tanto decidimos realizar un proyecto asistencial específico de deshabituación tabáquica, con el fin de disminuir el número de fumadores así como prevenir enfermedades futuras.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes fumadores pertenecientes al Centro de Salud de Abiego.  
Disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco y por tanto prevenir patología cardiovascular y respiratoria, aumentando su calidad de vida.  
Valoración del grado de motivación para la deshabituación tabáquica e intervención posterior (Test de Richmond).  
Valoración de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico en un año.

#### MÉTODO

Modificar las agendas de los profesionales, con la finalidad de crear consultas monográficas que permitan atender directamente a estos pacientes. Dadas las características geográficas y poblacionales de nuestro centro, la atención se llevará a cabo en los consultorios locales de cada profesional. Se dispondrá en la agenda de todos los profesionales de media hora semanal (2 horas al mes) para atender las consultas de deshabituación tabáquica. Valorar grado de motivación, planteando la intervención intensiva y seguimiento posterior.  
Seguimiento a los 3 días, dos semanas y al mes del abandono tabáquico. Apoyo telefónico posterior.  
Medición CO en la consulta.  
Formación y entrenamiento de los profesionales del centro. Realizar una sesión formativa.

#### INDICADORES

- N° Pacientes que se han sometido a una intervención intensiva sobre el total de los fumadores.  
-N° Pacientes ex-fumadores al año.

#### DURACIÓN

Fecha inicio: septiembre 2018  
Organización agenda consultas junio-agosto 2018.  
Curso preparación de profesionales Mayo 2018.  
Sesión formativa junio 2018.  
Evaluación de datos 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 - 2016/1561

### 1. TÍTULO

#### SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA HERNANDEZ DE PEDRO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LOPEZ CALZON PATRICIA  
ESCUDEY CENTELLES ANGEL FRANCISCO  
HERNANDEZ DE PEDRO MARIA  
CLAVER GARCIA PAULA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diariamente se realizaba control de limpieza y orden en la sala, así como chequeo de monitores/desfibrilador que se registraba en una hoja (realizado por el médico saliente de guardia), oxigenoterapia.  
Diariamente se reponía material usado en la guardia tanto de mochilas como de la sala (realizado por enfermera saliente de guardia)  
Registro mensual de caducidades de ampulario, nevera por parte de responsables del proyecto

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La sala se ha reorganizado quedando un mejor acceso al paciente. La dotación de nuevo carro de paros y revisión del mismo así como del monitor (aportación del ayuntamiento) ha sido positiva y bien aceptada por los trabajadores  
La revisión de oxígeno, ampulario, orden de estanterías y cajones, mochilas y aparatos ha sido correcta en la mayoría de los meses.  
Se ha llevado a cabo el registro de firmas de las revisiones mensuales y el del monitor y DESA

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración ha sido positiva en el equipo porque el orden y el control de caducidades ha hecho más fácil el trabajo en situación de urgencia  
Se ha decidido continuar con el cumplimiento de este programa  
Ha quedado pendiente ser más constantes en la reposición de material y en el de la mochila cuando se vuelve de alguna urgencia, y no reponerse los materiales individuales con material de la sala de urgencias

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1561 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1561

Título  
SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

Autores:  
CLAVER GARCIA PAULA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, LOPEZ CALZON PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

#### 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 .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

El proyecto se consideró necesario para poder tener la sala en perfecto estado de uso, con todo el aparataje en correcto funcionamiento y en el lugar habitual de uso, así como el control de las caducidades de la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1561

### 1. TÍTULO

#### SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

medicación.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Que no haya medicación caducada .  
Que no falte medicación  
Carro de curas equipado y preparado para su uso con todo el material.  
Aparataje sin averías y funcionando perfectamente.  
Papel de camilla .  
Limpieza y orden general de la sala

#### MÉTODO

Hoja de recogida de firmas  
El médico y la enfermera que salen de guardia deben reponer el material usado hacer la revisión según el acuerdo diario y firmar la hoja correspondiente. En esa revisión diaria se incluye el orden de la sala, el carro de curas y el papel de la camilla.  
Los lunes se revisará el oxígeno, los martes el ampulario, el miércoles el orden de cajones y estanterías, los jueves la mochila de urgencias, los viernes mórnicos, sábado DESA y domingo coche y stock del material y medicación.  
Mensualmente se realiza la revisión completa del desfibrilador y del aparato de electrocardiograma.

#### INDICADORES

Revisar mensualmente la hoja de firmas para tener datos sobre el cumplimiento del programa.

#### DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

#### 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 - 2016/1605

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO  
LOPEZ CALZON PATRICIA  
MARIN CAMPODARVE ALFREDO  
PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Listado de diabéticos.
- De los diabéticos, cuáles tenían realizada la consulta de pie diabético y cuáles no.
- De los que no, en consulta de control de glucemia, citar para valorar pie diabético e incluso, cita por vía telefónica.
- Consulta de pie diabético: dopler, valorar sensibilidad... todos aquellos parámetros que incluye dicha consulta.
- Ir consultando a través del cuadro de mandos cada cierto tiempo las coberturas, mantenimiento...etc.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados no son los esperados por diversas incidencias: doppler estropeado durante un tiempo, cambio de profesionales...  
Aun así, el proyecto ha alcanzado los mínimos objetivos: un 75% tienen realizada la exploración del pie diabético.

La fuente: es el cuadro de mandos que va variando periódicamente algunos datos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa puede mejorar mucho todavía, sobre todo, en algunos cupos . Ahora, con los profesionales más estabilizados, puede hacerse más hincapie en una mejora continua.  
Queda pendiente la progresión continuada en valoración de consulta del pie diabético pero aun así, el proyecto es sostenible y ayuda a una labor de dicha consulta más eficiente.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1605 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1605

Título  
CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO. (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Autores:  
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA, ESCUDER CENTELLES ANGEL FRANCISCO, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

#### 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  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Porcentaje mejorable de la cobertura de valoración de pie diabético, dentro de la población de la zona de salud que está en el programa 306.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1605

### 1. TÍTULO

#### CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

##### RESULTADOS ESPERADOS

Població diana será aquellos pacientes que estén incluidos en el programa 306 diabéticos. que un 90% tengas realizada la exploración de pie diabético según protocolo.

##### MÉTODO

Citación en consultra según protocolo.Todas las consultas de enfermería disponen de instrumental para realizarf dicha exploración.

##### INDICADORES

-Pacientes que tengan realizada la exploración de pie diabético según marca el protocolo del programa 306. Objetivo inferior de calidad que un 70% tengan realizada la exploración. Objetivo superior un 90% tenan realizada la exploración.

##### DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RE RESULTADOS 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 - 2018/1398

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BAGUES CASAS SONIA  
BORBON CAMPOS INES  
PERA FERRAZ CARMEN  
THACCO VELARDE MAGALY  
MARIN CAMPODARVE ALFREDO  
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Encuesta previa para ver situacion de conocimientos de donde partimos.  
Taller de disfagia, donde hicimos una parte teorica, para explicar el significado de disfagia, signos y sintomas, consecuencias, medidas generales, medidas nutricionales y niveles de viscosidad.  
Taller práctico donde realizamos mezclas con espesantes para ver los tipos de consistencias, realizamos diferentes tipos de comidas adecuadas a pacientes con disfagia, enseñamos a manejar los espesantes y sus niveles de viscosidad.  
Taller practico en manejo de obstrucción parcial y completa de via aerea.  
Encuesta al finalizar los talleres de formación, para saber que se ha entendido y asimilado el concepto de disfagia, y como gestionarla en cada caso.  
Encuesta de satisfacción, en cuanto al personal que lo imparte, la información recibida (si es clara, concisa y concreta)  
Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.  
Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El día 23 de octubre de 2018 se realizo el taller de disfagia y practico de mezcla de espesantes.  
El día 27 de diciembre de 2018 se realizó el taller practico en manejo de obstrucción de via aerea.  
Se empleó soporte informatico, mediante power point para explicación de los talleres.  
Para el taller practico dispusimos de cocteleras, espesantes, diferentes tipos de comida para que comprendieran las texturas y el grado de disfagia. Hicimos el test de disfagia a liquidos. Se realizaron mezclas para ver las consistencias.  
Para taller practico de OVACE dispusimos de simulaciones de diferentes situaciones.  
Los resultados alcanzados han sido positivos. Las encuestas de satisfacción fueron positivas,. Todos los asistentes (20 cuidadoras de la residencia, 3 cocineras y enfermeras del centro de salud Ainsa), entendieron a la perfección la disfagia, asimilaron los conceptos de mayor importancia, y como gestionar la obstrucción de via aerea si se produjera.  
Tras el taller y por el momento no se ha producido ninguna brocoaspiración de los residentes de la Solana.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido favorable y positiva.  
Se han alcanzado los objetivos previstos.  
Como no todas las cuidadoras pudieron acudir a los talleres, se propuso hacer una segunda vuelta para el resto de personal, que no pudo asistir a la primera convocatoria.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se incluirá en la agenda de comunitaria del Centro para seguimiento.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1398 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1398

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA).

Autores:  
LOPEZ CALZON PATRICIA, BORBON CAMPOS INES, PERA FERRAZ CARMEN, ZAPATERO CASEDAS ANA, THACCO VELARDE MAGALY, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

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

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

#### PROBLEMA

Para valorar la situación de partida de la Residencia de la Solana utilizamos la técnica DAFO.

Debilidades: escasez de recursos humanos, poca cualificación, variabilidad de la información recogida, no utilización de protocolos, casos previos de atragantamientos e infecciones respiratorias tras posibles broncoaspiraciones durante la alimentación.

Amenazas: presión de los familiares, presión por intenso trabajo, la toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Fortalezas: apoyo constante desde el centro de salud, necesidad sentida por parte de los cuidadores de la residencia, necesidad sentida por parte de los trabajadores del centro de salud de Ainsa. Inclusión del paciente crónico complejo en cartera de servicios y que cada institucionalizado tiene adjudicado un médico y enfermera del CS Ainsa.

Oportunidades: creación en el centro de salud de un puesto de enfermera comunitaria, adecuar las intervenciones: actividades de escucha, información y formación para conocer la disfagia, un problema poco conocido pero muy común sobre todo en la gente más edad.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto está dirigido a las cuidadoras y cocineras de la Residencia La Solana de Ainsa para que conozcan esta gran desconocida "La Disfagia", ya que en pacientes institucionalizados aumenta considerablemente hasta establecerse en una prevalencia del 60%. La población diana sobre la que incidirá estos conocimientos y habilidades adquiridos por las cuidadoras y cocineras serán los pacientes institucionalizados.

#### MÉTODO

Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

Un taller de formación e información sobre la Disfagia, dirigido a todo el personal de la Residencia de Ainsa usando soporte informático, mediante un power point. Escuchar y resolver sus dudas, sus preocupaciones referentes a la disfagia. Conocer sus signos y síntomas, sus consecuencias, las medidas generales a adoptar durante las comidas y después de las comidas, medidas nutricionales, saber adaptar la consistencia de los líquidos al nivel de disfagia de cada paciente.

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

#### INDICADORES

Encuesta previa para conocer situación de donde partimos. Encuesta de 10 preguntas ( con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas.)

Fuente de datos: SARES.

Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimiliado el concepto de disfagia y cómo gestionarla en cada caso. (test con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas)

Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información ( si es clara, concisa y concreta), si creen que les ha podido servir para su práctica diaria, si el material ha sido adecuado, si la duración ha sido apropiada...

Esta valoración se hará con una escala tipo Likert (donde 1 es: no me ha gustado, resultado util... hasta 5 que significa: el grado óptimo de evaluación de los objetivos.)

#### DURACIÓN

La duración prevista es un taller o dos, de 10-12 personas en cada taller (son 25 cuidadoras, más 3 cocineras).

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398**

**1. TÍTULO**

**EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)**

La fecha prevista está por concretar, está hablado con la directora y falta concertar un día concreto.  
Evaluación posterior a la realización del taller  
Fecha de finalización: Máximo el 31 de octubre 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 - 2018/1398

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BAGÜES CASAS SONIA  
BORBON CAMPOS INES  
PERA FERRAZ CARMEN  
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN  
THACCO VELARDE MAGALY  
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Encuesta previa para conocer situación de donde partimos.

Taller de disfagia, donde hicimos una parte teorica para explicar el significado de disfagia, signos y sintomas, consecuencias, medidas generales, medidas nutricionales y niveles de viscosidad.

Taller práctico en donde realizamos mezclas con espesantes para ver los tipos de consistencias, realizamos diferentes tipos de comidas adecuadas a pacientes con disfagia, enseñamos a manejar los espesantes.

Taller practica en manejo de obstrucción parcial y completa de via aérea.

Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimilado el concepto de disfagia y como gestionarla en cada caso.

Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información ( si es clara, concisa y concreta, si creen que les ha podido servir para su práctica diaria.

Evaluacion final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

#### CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO.

El día 23 de octubre realizamos taller de formación de disfagia y taller práctico de mezcla de espesantes.

El día 27 de diciembre realizamos taller práctico en manejo de obstrucción parcial y completa de vía aérea.

#### RECURSOS EMPLEADOS.

Empleamos soporte informatico, mediante power point para explicación del taller formativo.

Para el taller práctico dispusimos de coteleras, espesantes, diferentes tipos de comida para que comprendieran las texturas y el grado de disfagia. Hicimos el test de disfagia a liquidos. Realizamos mezclas para ver las consistencias.

Para taller práctico usamos simulaciones en los diferentes tipos de OVACE.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido muy positivos. Las encuestas de satisfacción fueron muy positivas, todos y todas las asistentes (20 cuidadoras de la Residencia La Solana +3 cocineras+enfermeras del centro de salud de Ainsa) entendieron a la perfección la disfagia, asimilaron los conceptos de mayor importancia, y como gestionar la obstrucción de via aerea si se produjera.

Tras el taller y por el momento no se ha producido ninguna broncoaspiración de los residentes de La Solana.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido favorable y muy positiva. Se han alcanzado los objetivos previstos.

Como no todas las cuidadoras pudieron acudir a los talleres, se propuso hacer una segunda vuelta para el resto del personal que no pudo asistir en la primera convocatoria.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1398 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1398

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA).

Autores:  
LOPEZ CALZON PATRICIA, BORBON CAMPOS INES, PERA FERRAZ CARMEN, ZAPATERO CASEDAS ANA, THACCO VELARDE MAGALY, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

##### TEMAS

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

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

##### PROBLEMA

Para valorar la situación de partida de la Residencia de la Solana utilizamos la técnica DAFO.

Debilidades: escasez de recursos humanos, poca cualificación, variabilidad de la información recogida, no utilización de protocolos, casos previos de atragantamientos e infecciones respiratorias tras posibles broncoaspiraciones durante la alimentación.

Amenazas: presión de los familiares, presión por intenso trabajo, la toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Fortalezas: apoyo constante desde el centro de salud, necesidad sentida por parte de los cuidadores de la residencia, necesidad sentida por parte de los trabajadores del centro de salud de Ainsa. Inclusión del paciente crónico complejo en cartera de servicios y que cada institucionalizado tiene adjudicado un médico y enfermera del CS Ainsa.

Oportunidades: creación en el centro de salud de un puesto de enfermera comunitaria, adecuar las intervenciones: actividades de escucha, información y formación para conocer la disfagia, un problema poco conocido pero muy común sobre todo en la gente más edad.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto está dirigido a las cuidadoras y cocineras de la Residencia La Solana de Ainsa para que conozcan esta gran desconocida "La Disfagia", ya que en pacientes institucionalizados aumenta considerablemente hasta establecerse en una prevalencia del 60%.  
La población diana sobre la que incidirá estos conocimientos y habilidades adquiridos por las cuidadoras y cocineras serán los pacientes institucionalizados.

##### MÉTODO

Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

Un taller de formación e información sobre la Disfagia, dirigido a todo el personal de la Residencia de Ainsa usando soporte informático, mediante un power point. Escuchar y resolver sus dudas, sus preocupaciones referentes a la disfagia. Conocer sus signos y síntomas, sus consecuencias, las medidas generales a adoptar durante las comidas y después de las comidas, medidas nutricionales, saber adaptar la consistencia de los líquidos al nivel de disfagia de cada paciente.

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

##### INDICADORES

Encuesta previa para conocer situación de donde partimos. Encuesta de 10 preguntas ( con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas.)

Fuente de datos: SARES.

Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimiliado el concepto de disfagia y cómo gestionarla en cada caso. (test con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas)

Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información ( si es clara, concisa y concreta), si creen que les ha podido servir para su practica diaria, si el material ha sido adecuado, si la duración ha sido apropiada...

Esta valoración se hara con una escala tipo Likert (donde 1 es: no me ha gustado,resultado util... hasta 5 que significa: el grado optimo de evaluación de los objetivos.)

##### DURACIÓN

La duración prevista es un taller o dos, de 10-12 personas en cada taller (son 25 cuidadoras, más 3

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

cocineras).

La fecha prevista está por concretar, está hablado con la directora y falta concertar un día concreto.

Evaluación posterior a la realización del taller

Fecha de finalización: Máximo el 31 de octubre de 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 - 2018/1409

### 1. TÍTULO

#### LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Exposición-taller, juegos...sobre la función enfermera. Recursos: pendrive, pantalla digital, posits, material sanitario... Calendario: se realizó durante el curso escolar.  
Se realizó un power point para informar y desarrollar el tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado fue del 100% del conocimiento de los escolares, a través de encuestas realizadas posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad en sí supuso una mejora en la forma de entender el escolar la función enfermera, llegando a los objetivos marcados: conocimiento, divulgación...por parte de los escolares. Quedan pendientes muchos temas que podrían tratarse respecto a enfermería y a diversas etapas escolares.  
Debería repetirse dichas actividades en cada aula, edad...escolar, así como, nuevos temas adaptados a cada etapa del niño.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1409 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1409

Título  
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:  
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

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

PROBLEMA

Se detecta en el colegio, una idea parcial de la función enfermera. La idea es acercar a los alumnos de primaria, in vivo, las diversas y múltiples funciones de la enfermera en ámbitos diferentes.

Se puede comenzar con una charla-taller relacionada con las funciones, para luego continuar con otras más específicas y educativas para los alumnos según edades.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es que los alumnos (específicamente los de 7-8 años), conozcan la profesión enfermera en todos sus ámbitos, y como no, dar entrada a la enfermera en el colegio donde tiene mucho campo para aportar y dar a conocer conocimientos.

MÉTODO

Se hará una charla-taller con información, actividades, juegos...etc, a través de los cuales, los niños aprenderán más sobre esta profesión.

La idea es poder continuar con esta exposición de conocimientos en los diversos grupos de edades de educación primaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

### 1. TÍTULO

#### LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

##### INDICADORES

Los datos para medir estos indicadores se obtendrán de la evaluación de las encuestas de satisfacción por parte de los alumnos.

Se espera que la adquisición de conocimientos por parte del alumnado sea total.

Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

##### DURACIÓN

Principio de Junio 2018: Preparación de la charla, juegos...etc.

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

Septiembre 2018: Contacto con el profesorado para poder realizar más charlas durante el curso 2018/2019 en diferentes aulas.

##### 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 - 2018/1409

### 1. TÍTULO

#### LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Exposición -taller, juegos...sobre la función enfermera. Recursos: pendrive, pantalla digital, posits, material sanitario... Calendario: se realizó durante el curso escolar. Se confeccionó un power point para informar y desarrollar el tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado fue del 100% del conocimiento de los escolares, a través de encuestas realizadas posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad en sí supuso una mejora en la forma de entender el escolar la función enfermera, llego a los objetivos marcados: conocimiento, divulgación, proyección...por parte de los escolares. quedan pendientes muchos temas que podrían tratarse respecto a enfermería y a diversas etapas escolares. Debería repetirse dichas actividades en cada aula, edad... escolar, así como, nuevos temas adaptados a cada etapa del niño.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1409 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1409

Título  
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:  
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

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

PROBLEMA

Se detecta en el colegio, una idea parcial de la función enfermera. La idea es acercar a los alumnos de primaria, in vivo, las diversas y múltiples funciones de la enfermera en ámbitos diferentes.  
Se puede comenzar con una charla-taller relacionada con las funciones, para luego continuar con otras más específicas y educativas para los alumnos según edades.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es que los alumnos (específicamente los de 7-8 años), conozcan la profesión enfermera en todos sus ámbitos, y como no, dar entrada a la enfermera en el colegio donde tiene mucho campo para aportar y dar a conocer conocimientos.

MÉTODO

Se hará una charla-taller con información, actividades, juegos...etc, a través de los cuales, los niños aprenderán más sobre esta profesión.  
La idea es poder continuar con esta exposición de conocimientos en los diversos grupos de edades de educación primaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

### 1. TÍTULO

#### LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

##### INDICADORES

Los datos para medir estos indicadores se obtendrán de la evaluación de las encuestas de satisfacción por parte de los alumnos.

Se espera que la adquisición de conocimientos por parte del alumnado sea total.

Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

##### DURACIÓN

Principio de Junio 2018: Preparación de la charla, juegos...etc.

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

Septiembre 2018: Contacto con el profesorado para poder realizar más charlas durante el curso 2018/2019 en diferentes aulas.

##### 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 - 2018/1419

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BAGUES CASAS SONIA  
BORBON CAMPOS INES  
THACCO VELARDE MAGALY  
PERA FERRAZ CARMEN  
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN  
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Taller e formación, donde detalladamente, con ayuda de soporte informático, se desarrollo el contenido del tema. Establecimos una guía de lesiones por presión, fricción y cizallamiento, para adelantarnos a la aparición de este tipo de lesiones, adoptando unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen la presión. Establecimos una vía de comunicación directa con el equipo de enfermería del centro de salud, para asesoramiento y abordaje. El taller formativo se llevo a cabo el 27 de diciembre por Sonia Bagües, siendo el resultado muy positivo, valorado por los asistentes de forma muy favorable y positiva. Entendieron los objetivos de la guía de prevención de lesiones a la perfección y llevan a cabo esta guía en su día a día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Los resultados alcanzados por el momento son favorables, no ha aparecido ninguna lesión por presión. La comunicación entre los equipos multidisciplinares a mejorado considerablemente. Se ha instaurado el manejo de la guía de prevención de lesiones por presión para personas cuidadoras de la residencia La Solana. Las encuestas tanto de formación, como de satisfacción han sido calificadas de forma positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas es positivo y favorable, se han alcanzado los objetivos propuestos, la colaboración por parte del equipo ha sido inmejorable, implicandose en todo el proceso, en la elaboración de la guía y su puesta en funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.  
Se incluirá en la agenda comunitaria del centro el seguimiento.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1419 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1419

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Autores:  
LOPEZ CALZON PATRICIA, ZAPATERO CASEDAS ANA, PERA FERRAZ CARMEN, MARIN CAMPODARVE ALFREDO, BORBON CAMPOS INES, THACCO VELARDE MAGALY, HERNANDEZ DE PEDRO MARIA, GIL SUS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

1. Se estima que el mayor porcentaje de las lesiones por presión son potencialmente evitables, por lo que su aparición, está relacionado directamente con la calidad de los cuidados prestados por parte de las cuidadoras y de los profesionales de enfermería, atendiendo fundamentalmente a la nutrición, la correcta higiene, manejo de la humedad, cambios posturales y correcta elección del tto para evitar su aparición.

Pertinencia del proyecto.

Enlazando con el proyecto realizado de educación para la salud a las cuidadoras de la residencia de nuestra ZBS DISFAGIA, continuamos con otro proyecto dirigido para ellas. Establecemos una tecnica de análisis, diagnóstico de la situación de partida y priorización de intervenciones. Para ello utilizamos la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

Debilidades:

Escasez de recursos humanos, a veces no se cubren ausencias y/o bajas del personal, lo que influye negativamente en el desarrollo normal de las actividades y en el cuidado de los residentes, sobrecargando al personal cuidador. Poca cualificación a la hora de identificar los tipos de lesiones que presentan o pueden presentar los ancianos residentes.

Variabilidad en la información recogida, a veces se intuye lo que se quiere decir y no se pregunta cuando no se entiende la información.

No utilización de guía, protocolo estandarizado para la prevención de lesiones por presión.

Aumento de la carga de trabajo por elevadas demandas de cuidados específicos.

Aumento del número de pacientes que presentan lesiones por presión.

Amenazas:

Presión por elevada carga de trabajo que repercute directamente sobre el cuidado de los residentes.

La toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Presión por los familiares.

Fortalezas

Apoyo constante e intervencionista desde nuestro Centro de Salud de Ainsa.

Necesidad sentida por parte de los trabajadores de nuestro centro de salud (enfermería y medicina). Hay un aumetno considerable de las curas a realizar de lesiones derivadas de presión, fricción...

Necesidad sentida por parte de lñas cuidadoras y Directora de la residencia . Demasiada carga asistencial.

Cada paciente institucionalizado tiene asignada una enfermera que puede intervenir dirigiendo la guía de prevención de lesiones por presión.

Oportunidades:

Realización de un proyecto de Atención Comunitaria dedicado a la información, a la formación y creación y establecimiento de una guía de prevención de lesiones por presión, fricción o cizallamiento para las personas cuidadoras de la residencia. Disminuyendo con esta guía la incidencia en la aparición de dichas lesiones y si se produjeran, minimizar en lo posible los tiempos de curación.

Implicación por parte de todos los enfermeros del CS de Ainsa y de las cuidadoras de la Residencia de la Solana.(Ainsa).

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto de educacion para la salud dirigido a las cuidadoras de la Residencia de Ainsa, para crear y llevar a cabo una guía de prevención de lesiones por presión.

La población diana sobre la que incidirá será los pacientes institucionalizados.

MÉTODO

Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

-Taller de formación, donde detalladamente con ayuda de soporte informatico se desarrollará el contenido del tema y estableceremos una Guía de prevencion de lesiones por presión, fricción y cizallamiento.

-Estableceremos una guía para adelantarnos a la aparición de las lesiones por presión, teniendo que adoptar unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen presión.

-Establecer una comunicación con el equipo del centro de salud para asesoramiento, y en cuanto se detecten zonas susceptibles de aparición de lesión, abordarla en estadios iniciales.

INDICADORES

-Encuesta de evaluacion: Se evaluará la información recibida, si es util, clara, concreta.

-Guia de prevención de lesiones por presión.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

### 1. TÍTULO

#### **EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA**

-Nº de úlceras de aparición posterior a la instauración del la guia de prevención de úlceras por presión.  
-Evaluaremos cada paciente enseñando escalas de utilización enfermera (NORTON).  
-Análisis descriptivo de los datos cuantitativos (nº incidencia de lesiones) y cualitativos.de los datos (tipificación del tipo de lesión).  
-Tiempo recomendado de curación para cada lesión ( diferenciación lesiones I, II, III IV), si se cumplen los tiempos esperados.

#### DURACIÓN

Fecha de inicio: Julio 2018,  
Las actividades previstas de formación se llevaran a cabo durante el verano de julio de 2018 (una tarde en sala de juntas de CS Ainsa)  
Establecimiento de la guia de prevención en conjunto tras el taller de formación y su posterior instauración.  
Se llevará a cabo durante el resto del año 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 - 2018/1419

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LOPEZ CALZON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BAGÜES CASAS SONIA  
BORBON CAMPOS INES  
THACCO VELARDE MAGALY  
PERA FERRAZ CARMEN  
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN  
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Taller de formación, donde detalladamente, con ayuda de soporte informático se desarrolló el contenido del tema. Establecimos una Guía de prevención de lesiones por presión, fricción y cizallamiento, para adelantarnos a la aparición de este tipo de lesiones, adoptando unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diaria de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen la presión. Establecimos una vía de comunicación directa con el equipo de enfermería del centro de salud para asesoramiento y abordaje. El taller formativo se llevo a cabo el 27 de diciembre por Sonia Bagües, siendo el resultado muy positivo, valorado por los asistentes de forma muy favorable y positiva. Entendieron los objetivos de la guía de prevención de lesiones a la perfección y llevan a cabo esta guía en su día a día.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados por el momento son muy favorables, no ha aparecido ninguna nueva lesión por presión. La comunicación entre los equipos multidisciplinares ha mejorado considerablemente (equipo de enfermería del Centro de Salud y equipo de cuidadoras del Centro Residencial La Solana). Se ha instaurado el manejo de la guía de prevención de lesiones por presión para personas cuidadoras de la Residencia La Solana. Las encuestas tanto de formación, como de satisfacción han sido muy calificadas de forma positiva.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas es positivo y favorable, se han alcanzado los objetivos propuestos, la colaboración por parte del equipo ha sido inmejorable, implicandose en todo el proceso de elaboración de la guía y su puesta en funcionamiento.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1419 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1419

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Autores:  
LOPEZ CALZON PATRICIA, ZAPATERO CASEDAS ANA, PERA FERRAZ CARMEN, MARIN CAMPODARVE ALFREDO, BORBON CAMPOS INES, THACCO VELARDE MAGALY, HERNANDEZ DE PEDRO MARIA, GIL SUS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

#### TEMAS

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

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

##### PROBLEMA

1. Se estima que el mayor porcentaje de las lesiones por presión son potencialmente evitables, por lo que su aparición, está relacionado directamente con la calidad de los cuidados prestados por parte de las cuidadoras y de los profesionales de enfermería, atendiendo fundamentalmente a la nutrición, la correcta higiene, manejo de la humedad, cambios posturales y correcta elección del tto para evitar su aparición.

Pertinencia del proyecto.

Enlazando con el proyecto realizado de educación para la salud a las cuidadoras de la residencia de nuestra ZBS DISFAGIA, continuamos con otro proyecto dirigido para ellas. Establecemos una técnica de análisis, diagnóstico de la situación de partida y priorización de intervenciones. Para ello utilizamos la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

##### Debilidades:

Escasez de recursos humanos, a veces no se cubren ausencias y/o bajas del personal, lo que influye negativamente en el desarrollo normal de las actividades y en el cuidado de los residentes, sobrecargando al personal cuidador. Poca cualificación a la hora de identificar los tipos de lesiones que presentan o pueden presentar los ancianos residentes. Variabilidad en la información recogida, a veces se intuye lo que se quiere decir y no se pregunta cuando no se entiende la información. No utilización de guía, protocolo estandarizado para la prevención de lesiones por presión. Aumento de la carga de trabajo por elevadas demandas de cuidados específicos. Aumento del número de pacientes que presentan lesiones por presión.

##### Amenazas:

Presión por elevada carga de trabajo que repercute directamente sobre el cuidado de los residentes. La toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores. Presión por los familiares.

##### Fortalezas

Apoyo constante e intervencionista desde nuestro Centro de Salud de Ainsa. Necesidad sentida por parte de los trabajadores de nuestro centro de salud (enfermería y medicina). Hay un aumento considerable de las curas a realizar de lesiones derivadas de presión, fricción... Necesidad sentida por parte de las cuidadoras y Directora de la residencia. Demasiada carga asistencial. Cada paciente institucionalizado tiene asignada una enfermera que puede intervenir dirigiendo la guía de prevención de lesiones por presión. Oportunidades: Realización de un proyecto de Atención Comunitaria dedicado a la información, a la formación y creación y establecimiento de una guía de prevención de lesiones por presión, fricción o cizallamiento para las personas cuidadoras de la residencia. Disminuyendo con esta guía la incidencia en la aparición de dichas lesiones y si se produjeran, minimizar en lo posible los tiempos de curación. Implicación por parte de todos los enfermeros del CS de Ainsa y de las cuidadoras de la Residencia de la Solana.(Ainsa).

##### RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto de educación para la salud dirigido a las cuidadoras de la Residencia de Ainsa, para crear y llevar a cabo una guía de prevención de lesiones por presión. La población diana sobre la que incidirá será los pacientes institucionalizados.

##### MÉTODO

Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:  
-Taller de formación, donde detalladamente con ayuda de soporte informático se desarrollará el contenido del tema y estableceremos una Guía de prevención de lesiones por presión, fricción y cizallamiento.  
-Estableceremos una guía para adelantarnos a la aparición de las lesiones por presión, teniendo que adoptar unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen presión.  
-Establecer una comunicación con el equipo del centro de salud para asesoramiento, y en cuanto se detecten zonas susceptibles de aparición de lesión, abordarla en estadios iniciales.

##### INDICADORES

-Encuesta de evaluación: Se evaluará la información recibida, si es útil, clara, concreta.  
-Guía de prevención de lesiones por presión.  
-Nº de úlceras de aparición posterior a la instauración de la guía de prevención de úlceras por presión.  
-Evaluaremos cada paciente enseñando escalas de utilización enfermera (NORTON).  
-Análisis descriptivo de los datos cuantitativos (nº incidencia de lesiones) y cualitativos de los datos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

### 1. TÍTULO

#### **EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA**

(tipificación del tipo de lesión).

-Tiempo recomendado de curación para cada lesión ( diferenciación lesiones I, II, III IV), si se cumplen los tiempos esperados.

#### DURACIÓN

Fecha de inicio: Julio 2018,

Las actividades previstas de formación se llevaran a cabo durante el verano de julio de 2018 (una tarde en sala de juntas de CS Ainsa)

Establecimiento de la guia de prevención en conjunto tras el taller de formación y su posterior instauración.

Se llevará a cabo durante el resto del año 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 - 2018/1440

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES BORBON CAMPOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS AINSA  
· Localidad ..... AINSA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LOPEZ CALZON PATRICIA  
PERA FERRAZ CARMEN  
THACCO VELARDE MAGALY  
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN  
MALLOR VICENTE NATALIA  
RIVERA MUR SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se les da a los pacientes información escrita de cómo deben recoger las muestras adecuadamente.  
Se captan a través de los pacientes, historias... si tienen programada analítica con especialista y unificar extracción especialista + OMI (según protocolo), o bien, si médico de primaria manda analítica, intentar coincidir con la de especialista (si tiene programada), OMI (si resultados no urgen) + especialista.  
1ª monitorización fue de octubre del 2018 a diciembre del mismo año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
En cuanto a la recogida de muestras, el resultado fue de un 92,85% favorable a las muestras recogidas aceptablemente. Con el tiempo, se espera un porcentaje superior.  
En cuanto a las solicitudes de especialista y médico de familia, el resultado en estos 3 meses es: el 97% de las analíticas se realizan por separado y tan sólo un 11,50%, se aprovecha en una sola extracción la petición de primaria + especializada. Estos resultados tienen que aumentar en los próximos meses, a través de la información, búsqueda...de todos los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
El equipo debe trabajar aunando esfuerzos para que las analíticas no se dupliquen en breves periodos de tiempo y además de un ahorro económico, sea un beneficio para el paciente, profesionales: viajes, duplicidades que no modifican resultados...etc.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1440 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1440

Título  
MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Autores:  
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PERA FERRAZ CARMEN, THACCO VELARDE MAGALY, ZAPATERO CASEDAS ANA, MALLOR VICENTE NATALIA, RIVERA MUR SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Se detectan formas erróneas de recogida de muestras quizá por una información no demasiado clara y concisa para determinados usuarios.  
Se observan la duplicidad de analíticas en periodos de tiempo cortos, en los cuales, el resultado de los parámetros no se realiza en laboratorio debido a su extracción reiterante y corta en el tiempo.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1440

### 1. TÍTULO

#### MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

El proyecto es importante para una mejora efectividad y eficiencia en cuanto a recursos de todo tipo y a una menor duplicidad de datos.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que la recogida de las muestras sean recibidas el día de la extracción de forma válida, por lo menos en un 95% de los usuarios.

Unificar en la medida de lo posible, las analíticas programadas por distintas especialidades en una sola extracción.

Disminuir costes humanos, materiales y económicos.

Reducir número de viajes a los usuarios si pueden realizarse con una sola extracción.

Decrecer número de domicilios para extracción por parte de enfermería si se unifican solicitudes.

##### MÉTODO

- Dar información escrita, clara y concisa a los usuarios sobre la forma idónea de recogida de muestras.

- Captar las peticiones de analíticas provenientes de especialistas, a través de: historia clínica, preguntar al paciente.. tanto en consulta médica/enfermería como en servicio de admisión.

##### INDICADORES

Los datos para la medición serán:

- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/ nº total de recogida de muestras.

-Nº de peticiones (A.P + Especializada) / total de extracciones.

-Nº de peticiones compartidas de especializada / total de extracciones de especializada.

##### DURACIÓN

Septiembre 2018: Se presentará al EAP y puesta en marcha de la información a profesionales y usuarios.

Octubre 2018: Recogida de datos en la agenda de extracciones de forma mensual.

Enero 2019: 1ª monitorización de los datos recogidos.

Mayo 2019: 2ª monitorización

Junio 2019: Exposición de resultados en reunión de EAP.

##### 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 - 2016/1489

### 1. TÍTULO

#### REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO A CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... HELGA PORQUET GRACIA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA  
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VILLAS SENDER MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charla inicial de 1 hora de duración donde se explica y se vé con presentacion Power Point :

1- Anatomía y fisiología del suelo pélvico, músculos del tronco superior en concreto de core abdominal y diafragma. Funciones principales.

2- Causas principales del debilitamiento del suelo pélvico.

3.- Trastornos comunes del suelo pélvico hiper o hipotonificado.

4- Beneficios del ejercicio en mujeres en embarazo, postparto y menopausia.

5.- Ejercicios tipo Pilates como ejercicio suave y rehabilitador para flexibilizar músculos del core abdominal. Ejercicios de kejel.

6.- Coactivación de suelo pélvico con respiración diafragmática para estabilizar región lumbopélvica.

7.- Respiración diafragmática, integración en la vida diaria.

8.- Información sobre hábitos saludables en la micción y defecación.

Consulta individual con registro de varios factores a valorar sobre hábitos de la persona. Datos generales.

8 0 10 sesiones de una hora a la semana de clase guiada para aprender a mecanizar los ejercicios y la respiración diafragmática y compromiso de repetirlos dos y tres veces a la semana en su domicilio.

Deben comprar un fit ball de su tamaño según estatura y esterilla y encontrar en casa un momento para ellas.

Seguir la guía de ejercicios en una hoja por si se olvida.

Consulta individual a demanda para ayuda por diferentes cuestiones privadas y derivación a la matrona si procede.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado 20 clases a 6 personas, 5 de las cuales tenían incontinencia de esfuerzo y urgencia en un contexto de menopausia, la sexta era una puerpera con parto vaginal y vino por prevención.

Todas han mejorado en sintomatología y continencia, saben evitar pérdidas, aguantan vejiga 2 h, refieren tener tonificado músculos abdominales del tronco superior, han cambiado hábitos miccionales y defecatorios. Respiran expandiendo el torax y activando los músculos abdominales durante la exhalación y así incorporan ese momento de relajación y espacio personal de autocuidado.

En definitiva ha mejorado su salud, han manifestado su molestia y han explicado abiertamente su dolencia dejando atrás este tema tabú que tanto las incomoda y avergüenza.

Usan la pelota de pilates y conocen ejercicios que han integrado en su vida cotidiana y que les proporciona beneficios en cuanto a ganar en higiene postural, fuerza, pérdida de peso, autocuidado y percepción positiva de su imagen ( casos de baja autoestima generacional).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hay que detectar a la mujer que acude a charla y solo hay una motivación de socialización, esto sirve igualmente como beneficio y acto positivo para la persona, pero se debe de re canalizar a actividades dirigidas a la creatividad o ejercicio que realicen en su barrio o pueblo.

Disminuir número de clases a 8, sesiones, 1 a la semana durante dos meses.

Realización de hoja de ejercicios para que tengan guía y poder seguirlos en casa. Todos son sencillos y tienen un nombre concreto clave.

Todas aquellas mujeres que con la tos o estornudo hace presión y hay pérdida de orina en un contexto de menopausia o no que tras haber realizado las sesiones y el seguimiento no mejora, deben de ir al ginecólogo, estar en su peso y seguir haciendo este tipo de ejercicios porque aunque haya cirugía se debe de continuar con actividad y flexibilización del suelo pélvico.

#### 7. OBSERVACIONES.

Los ayuntamientos son colaboradores de prestar sus salas para impartir charlas y hacer las clases para mayor número de mujeres. Aquí en el Centro el espacio es limitado a 6 personas.

Gracias a los compañeros porque aunque es una hora de agenda, estamos en el medio rural y los pueblos están

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

### 1. TÍTULO

#### REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

alejados. Hasta ahora colaboran en atención a pacientes o tratamiento de urgencia según necesidad en el tiempo de actividad por compromiso del acto de atención comunitaria.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1489 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1489

Título  
REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD

Autores:  
PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

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

PROBLEMA  
REEDUCACION DE SUELO PELVICO CON EJERCICIOS TIPO PILATES EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE HIPER O HIPOTONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD.

Mujeres postmenopáusicas con varios embarazos de partos vaginales que padecen incontinencia urinaria de cualquier tipo y aunque le aconsejen en ginecología que haga ejercicios del suelo pélvico no toman conciencia y no son capaces de llevarlos a cabo porque tampoco se enseñan en concreto, se prescriben los ejercicios de KEJEL pero no hay motivación. La reeducación facilita la continencia de esfínteres y observación del cuerpo y previene enfermedades asociadas de la humedad como infecciones urinarias de repetición además de la incomodidad circunstancial de pérdidas de orina y braguita mojada o compresa continua con olores y mala sensación de confort que conlleva .

RESULTADOS ESPERADOS  
Tonificación de suelo pélvico relacionada con aumentar o potenciar fuerza muscular para evitar pérdidas de orina cuando hay presión derivada de la tos, estornudo o sobresalto.  
Lo mismo en cuanto a evitar prolapso de Útero en condiciones normales en personas mayores.  
Si hay cirugía de aparato vesical, ginecológico o digestivo, reeducar suelo pélvico para evitar prolapsos posteriores.  
Mejorar relaciones sexuales.  
Evitar infecciones de la zona.  
Tonificar de nuevo la musculatura del suelo pélvico tras el parto vaginal en puérperas.

MÉTODO  
Clases guiadas con ejercicios de suelo pélvico tipo pilates con repercusión anatómica del tronco superior ya que es directamente proporcional en tono de suelo pélvico.  
Además de Ejercicios de kegel con respiración diafragmática al mismo tiempo.  
Anuncio de clases en cartel informativo en centro de salud de Albalate y pueblos de la zona.  
Búsqueda activa en consulta donde la mujer comunica su situación.  
Asociaciones de mujeres o amas de casa, de embarazadas, de mujeres a partir de 35 años interesadas en la tonificación como prevención.  
Se harán dos charlas al año, una en el 2º trimestre y otra en el 4º trimestre. Es una sesión de 1, 30 minutos con apoyo audiovisual de power point donde se explica anatómicamente la musculatura del suelo pélvico y tronco superior de la mujer, los problemas comunes derivados de la mala tonificación del mismo, y los ejercicios en imágenes con objetos accesorios como pelotas fit ball de todos los tamaños, también se explica la respiración diafragmática y su técnica junto a la relajación asociada como beneficio inmediato. Es ameno, con lenguaje coloquial y todas las mujeres con misma motivación.  
Habrá una clase de 50 min semanal en Albalate de Cinsa las 8:15 de la mañana, será en la sala de preparación al parto donde caben 12 personas y serán 12 sesiones aprox. donde aprenderán ejercicios y integrarán el hábito

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1489

### 1. TÍTULO

#### REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO A CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD

tan saludable y sencillo. Ellas en su domicilio deberán practicar lo que necesiten. El nivel de exigencia en cuanto a condición física es nulo, no requiere capacidad ni fuerza atlética, simplemente motivación personal para el autocuidado.

#### INDICADORES

Indicadores: encuestas personales anónimas y consulta individual y personalizada donde, incontinencia es en mayor y menor medida la evidencia de la mejora del proceso.

Cada mujer parte de una situación y se hará recogida de datos exhaustiva de la condición en que se encuentra, la mejora la observaremos en base a ese punto de partida de su hábito miccional cuando estaba sana o no había esta situación de no control de esfínteres por urgencia o esfuerzo.

Si son parturientas o personas con disfunción sexual se recogerán igualmente hábitos miccionales, infecciones asociadas, etc. La CONTINENCIA como indicador a alcanzar.

#### DURACIÓN

Responsable de impartir clase de ejercicios de suelo pélvico: Helga Porquet Gracia con título de Reeduccion de suelo pélvico tipo pilates recibido en Colegio de Enfermería de Huesca de 30 horas por la matrona Francesca Santarely del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. La actividad consistirá en clase de 50 minutos semanal, serán 12 sesiones aproximadamente, el tratamiento es largo y continuo para integrarlo como hábito y evitar su fracaso. El póster en los centros indicando lo saludable del asunto, la moda del pilates y dedicarse un rato a una misma como reclamo, y nuestra accesibilidad en los centros de Belber de Cinca, Alcolea de Cinca, Ontiñena Osso de Cinca y Albalate de Cina con acceso a información en las consultas de médico y enfermería, donde se explicaría el objetivo en concreto. Este 2017 daría comienzo el proyecto en Septiembre hasta final de año, se inicia con una sesión explicativa y se deciden el número de personas elegidas por patología y gravedad. Depende de la demanda, en consecuencia haríamos grupos, observaríamos predisposición y unificaríamos para que fuera un grupo con misma motivación, homogéneo en edad y patología. Consiste en recoger datos en consulta individual con respuestas medibles con evidencia clínica tipo A para posteriormente hacer encuesta y valorar progresión.

#### OBSERVACIONES

Es la primera vez que hago un proyecto formal, desde que hice el curso en el Colegio de Enfermería estoy muy concienciada, lo he comprobado en mi misma por algun problema de incontinencia de esfuerzo y lo he puesto en marcha en mi consultoria de Ontiñena desde febrero, tengo 7 mujeres que han recibido la enseñanza y hay mejora, esto funciona si se hace constante dos veces por semana pero una vez que se integra se evidencia mejora clínica. Si falta de aportar algun dato comunicarmelo a traves de mi correo. Gracias

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 - 2018/0285

### 1. TÍTULO

#### INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA SORINAS FORNIES  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA  
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PINILLA GARCIA LIDIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos impreso carteles y folletos informativos y los hemos repartido por los consultorios. A todos los pacientes que acudían al mostrador del Centro de Salud, les explicábamos los beneficios de tener instalada la aplicación, así como a los que nos llamaban por teléfono. Muchos pacientes (sobre todos los más mayores), nos solicitaban instrucciones de uso directamente sobre su móvil, y les explicábamos cómo funcionaba la aplicación y cómo sacarle el máximo provecho. Cuando venían a solicitar una interconsulta para el especialista, les explicábamos que podían ver luego dicha cita en su teléfono incluso antes de que recibieran la carta, por ejemplo... Que podían ver si estaban pendientes de alguna revisión. Y también estamos fomentando que se les recuerde, vía sms (porque la mayoría no tiene dirección de email) que tienen que acudir a una cita con el especialista (AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN VÍA SMS). Esto ha reducido el absentismo en Atención Especializada.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han reducido a más de la mitad el número de llamadas recibidas en el Centro de Salud para peticiones de cita o consultas de citas de Especializada. En los consultorios locales esto se ha notado aún mas, ya que los pacientes estaban acostumbrados a acudir sin cita, y cada vez más la solicitan tanto a través de la página web como a través del móvil. Esto nos permite realizar tareas (como actualización de historias, bases de datos...) que antes no podíamos realizar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando disponen de la información necesaria, la mayoría de los pacientes son muy receptivos a las nuevas tecnologías. Aunque seamos un centro con pacientes con una edad media bastante alta, está funcionando mucho mejor de lo que esperábamos. No es un proyecto finalizado, ya que están disponibles nuevos servicios, y seguimos informando a los pacientes sobre dichos servicios. Nuestro objetivo es llegar al 80% de la población. También necesitaríamos nuevos folletos (ya impresos o para imprimir) con los nuevos servicios disponibles tanto en la web como en el móvil.

#### 7. OBSERVACIONES.

Hay nuevos servicios disponibles tanto en la web como en la aplicación del móvil, pero no disponemos de folletos informativos para poder explicarlo a los pacientes.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/285 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0285

Título  
INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:  
SORINAS FORNEIS SILVIA, PINILLA GARCIA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: NINGUNA. TODOS LOS PACIENTES  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

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

#### PROBLEMA

1. La mayoría de la población de nuestro Centro de Salud está en otras localidades y el uso del teléfono de Salud Informa les resulta muy caro. Entonces se produce una saturación en las llamadas para cita previa en el

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

### 1. TÍTULO

#### INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS

teléfono del Centro de Salud.

2. Muchos usuarios llaman en repetidas ocasiones para preguntar cuándo tienen las citas con el especialista (porque se las dan con mucho tiempo) o no saben si están pendientes de que les llamen. Con esta aplicación, lo tendrían todo controlado. También se evitarían extravíos de citas y los correspondientes absentismos, aumento de listas de espera... Esto también se vería reflejado en un menor número de llamadas del teléfono del Centro de Salud, que en muchas ocasiones está ocupado y no deja acceso a una posible urgencia.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Potenciar las alternativas que ha puesto en marcha el SALUD para pedir cita y actualizar los datos de localización: con el PIN en Salud Informa, y en la aplicación móvil para pedir cita y consultar las citas de Especializada. También el envío de "sms" recordando que en 2-3 días van a tener una cita con el especialista. Nuestro proyecto consistiría en que estas nuevas aplicaciones lleguen al mayor número de pacientes posible, de manera que tengan al alcance de su mano más información y más actualizada.

#### MÉTODO

- 1.- Exponer al resto del EAP las ventajas de estos servicios en una reunión.
- 2.- Elaborar carteles informativos para colgar tanto en consultorios locales como en Ayuntamientos y Farmacias, intentando llegar al mayor número de personas.
- 3.- Elaborar folletos informativos y hacerlos accesibles a la población.
- 4.- Aprovechar las gestiones que los usuarios vienen a realizar al Centro de Salud o las llamadas telefónicas para ofertarles tanto la aplicación como las posibilidades de la Web.

#### INDICADORES

Anualmente, solicitaremos a BDU el número trámites que hemos realizado en "AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN" y números de "SOLICITUD DE PIN" que se han realizado. Esperamos un incremento de un 15-20% en cada uno de ellos.

#### DURACIÓN

La duración será indefinida, ya que siempre habrá nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.

Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.

Fecha de inicio prevista: 10/04/2018

Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

#### 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 - 2018/0321

### 1. TÍTULO

#### **BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD**

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ PALACIN ELTORO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA  
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PORQUET GRACIA HELGA  
VILLAS SENDER MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas se centraron básicamente en dos: una consulta monográfica y charlas en los colegios. Los pacientes que cumplían los requisitos (IMC superior a 25, con alguna alteración en su analítica y predispuestos a cambiar sus hábitos) fueron seleccionados. A estos se les realizaba una primera consulta para poder valorar, cambiar hábitos y realizar dietas personalizadas.

En cuanto a la otra actividad se habló con los diferentes colegios que abarca nuestro centro de salud y se concretaron fechas para realizar charlas sobre alimentación con los niños y otras con los cuidadores. Estas últimas estaban abiertas a todo el público.

Se trabajo con power point y muestras de alimentos para los más pequeños: trigo sarraceno, quinoa,...

En cuanto al calendario lo han ido marcando los colegios según la materia que estudiaban en ese momento o el proyecto que estaban dando.

Los pacientes de las consultas monográficas fueron seleccionados por los profesionales de cada consultorio y en cuanto a la otra actividad tras ponernos en contacto con los colegios ellos informaron a los padres. En caso de que los profesores considerarán que el aforo iba a ser escaso, se notificó al ayuntamiento para que lo pregonarán.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a las charlas en los coles, se pasaron dos encuestas una para los profesionales de la educación y otra para los cuidadores de los niños.

Ambos grupos creían que era un tema importante que se debía tratar. Los profesores destacaron la importancia de que alguien externo al centro educativo y sanitario hablará de este tema.

En cuanto a los cuidadores destacaron la necesidad de apoyo en este tema ya que a veces por la edad de sus hijos o familiares no coinciden con revisiones hasta dentro de un tiempo.

En cuanto a las consultas monográficas valoramos los resultados que fueron positivos (pérdida de peso) en la mayor parte de los pacientes. Algunos abandonaron ya que referían que hay épocas del año en las cuales es imposible hacer dieta.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto lo valoramos positivamente ya que nos ha hecho crear un vínculo con los colegios viendo los posibles puntos en los que podemos trabajar en un futuro. Debido a que en nuestro centro la consulta de pediatría esta muy saturada los cuidadores agradecían el trabajar el aspecto de los hábitos higienico-dietéticos con tranquilidad.

En cuanto a la consulta monográfica, pacientes no incluidos en el proyecto mostraron ganas por entrar debido a los buenos comentarios de los que teníamos. Ya que al ser consultas semanales o quincenales el seguimiento era mucho más personalizado.

A destacar un aspecto negativo de este proyecto y es la falta de tiempo para poder desarrollarlo. Las actividades se han desarrollado pero sin poder profundizar en ellas por el escaso tiempo disponible.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/321 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0321

Título  
BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Autores:  
PALACIN ELTORO BEATRIZ, PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0321

### 1. TÍTULO

#### **BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Debido a que los porcentajes de obesidad y sobrepeso están aumentando desde la infancia y los adultos cada vez tienen más enfermedades cardiovasculares relacionadas con malos hábitos en la alimentación, se decidió trabajar estos desde las edades más tempranas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Adquisición de buenos hábitos higienico-dietéticos desde la primera infancia.
2. Solucionar dudas y falsos mitos a los cuidadores en la introducción a la alimentación complementaria
3. Mejorar el conocimiento de los distintos grupos de alimentos entre los niños de 3-12 años
4. Fomentar dietas saludables en los niños de 3-12 años
5. Mejorar el IMC de la población adulta con factores de riesgo cardiovascular

6.

#### MÉTODO

1. Se realizará educación grupal con los niños en los diferentes colegios mediante charlas sobre los distintos grupos de alimentos, dando una mayor importancia a los de cercanía y temporada. Se realizarán 4 charlas a lo largo del año escolar en cada uno de los colegios que pertenecen a este centro de salud.
2. Se hará una charla destinada a gestantes y cuidadores de niños de 0-12 meses en la que se hablará sobre la lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta y la introducción de los alimentos. Se realizará la charla cada 6 meses.
3. En los diferentes pueblos que abarca este centro de salud se harán charlas sobre alimentación saludable, etiquetado y la información engañosa que muchas veces nos aporta la publicidad. Se realizará una en cada pueblo y según las demandas de la población se valorará incrementar el número.
4. Dos días a la semana se hará una consulta monográfica para perder peso y mejorar hábitos higienico-dietéticos. Esta irá destinada a la población adulta que cumpla criterios de sobrepeso u obesidad y este motivada a realizar el cambio en la alimentación.

#### INDICADORES

La evaluación a los niños se realizará mediante una rúbrica al final del curso escolar y la de los adultos se hará valorando los resultados de IMC y analíticos en los pacientes que acudan a la consulta monográfica. En cuanto a los que acudan a las charlas se les administrará un cuestionario para que valoren la información recibida.

#### DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1 de mayo del 2018 con la apertura de la consulta monográfica y durará hasta el 31 de mayo del 2019 cuando se finalicen las actividades en los colegios. La consulta se iniciará el mes de mayo al igual que las charlas con los adultos y todo el trabajo llevado a cabo con los niños se hará durante el período escolar 2018-2019

#### 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 - 2018/0326

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... HELGA PORQUET GRACIA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA  
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PALACIN ELTORO BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Búsqueda activa de pacientes predispuestos a mejorar su salud y con capacidad cognitivo-conductual para integrar aprendizaje de sesiones.  
Total 20 personas con sus parejas.  
-4 sesiones de 1:30h los martes a las 10h durante el mes de Mayo con apoyo power point sencillo donde se ve lo especificado en proyecto tal cual estaba previsto.  
-Prácticas de ejercicios de fisioterapia respiratoria diafragmática y de uso de inhaladores.  
- TEST previo de valoración de conocimientos y percepción estado de su salud y test final para comprobar aprendizaje.  
-Encuesta básica de valoración taller de sesiones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 20 pacientes, 3 abandonan en segunda sesion.  
De los 17 los que siguen el taller completo están satisfechos y mejoran en uso de inhaladores, la respiración y relajación la llevan a cabo satisfactoriamente, conocen signos y sintomas de alarma para urgencia, aprenden sobre cómo llevar una alimentación adecuada y estilo de vida favorecedor.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP concluye que una educacion grupal favorece la motivación del paciente a aceptar su enfermedad y a valorar la importancia de llevar a cabo hábitos que favorecen mantener la salud.  
Hacemos hincapié en seguimiento individual continuo y educar con refuerzo positivo.  
Los pacientes hombres que tienen pareja y delegan en ella han tomado conciencia de su estado de salud y refieren querer hacerse cargo en lo referente a su cuidado como el tratamiento inhalatorio, paseos saludables, vigilancia de sus síntomas, en definitiva responsabilizarse de lo que le ocurre cuando enferma y actuar para curarse con actitud de mejora y ánimo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/326 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0326

Título  
EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Autores:  
PORQUET GRACIA HELGA, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad repiratoria inflamatoria, prevencion y control de sintomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

responsabilidad de enfermería.

Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión) tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudización, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando más tiempo y atención desde nuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.

El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crónica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptando la circunstancia de la forma más positiva posible.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Conocimiento de enfermedad crónica, información general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educación.

-Signos y síntomas de la agudización y cómo actuar ante ella.

- Instruir en cada sesión sobre prevención con hábitos saludables: alimentación, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitación respiratoria, deshabitación tabáquica, técnicas de relajación con respiración abdominal/ diafragmática, escucha activa.

Que el pte y acompañante que conviven en el domicilio familiar estén informados y sin dudas respecto de la actuación ante la enfermedad. La información es poder.

Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.

Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desgracia.

#### MÉTODO

Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.

Evaluación de situación y de las necesidades. Puesta en marcha del proyecto. Criterios de selección.

Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesión.

Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionamos enfermos crónicos y pareja según criterio diagnóstico previo de EPOC O ASMA CRÓNICA, todos con espirometría realizada y seguimiento difícil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Serán llamados por el personal y citados a educación grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.

Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.

Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayuntamiento con proyector para visualización power point.

#### INDICADORES

Entrevista personal en consulta individualizada para evaluación de conocimientos y selección. Fuente y registro en OMI.

Encuesta inicial con datos personales.

Test de evaluación final y resolución de dudas.

Prácticas en 2º sesión sobre inhaladores con los suyos, deben traerlos.

Prácticas sobre respiración abdominal y técnicas de relajación, habrá dos camillas. Evaluación in situ de técnicas.

Lo impartimos dos enfermeras, yo como responsable con la formación FOCUSS sobre educación a fruos con EPOC.

Triptico en color sobre actuación antes signos y síntomas.

Información resumida en cada sesión.

Folio con datos de hábitos saludables más importantes en alimentación, ahorro de energía y ejercicios.

Test sobre conocimientos al inicio y otro de evaluación final.

Taller de inhaladores con material práctico con los actuales.

Taller respiración diafragmática.

Técnica de relación muscular de Jacobson.

Valoración final de conocimientos y diploma de asistencia final a todos con observaciones si precisa sobre impresiones de las educadoras para actitud ante el cambio de hábitos.

Incidencia y prevalencia de la enfermedad.

#### DURACIÓN

Una primera ronda se hará los martes de Mayo de 9:30 a 11h.

La segunda ronda en Octubre, pendiente de confirmar.

Al estar en la zona rural 2 de los 5 EAP son los educadores y deben ser sustituidos por el personal ante urgencias en esas horas.

La agenda se ocupará con la consulta con educación grupal y completará con los nombres de los miembros asistentes.

#### OBSERVACIONES

Se espera asistencia y compromiso de los pacientes, una vez han asistido se busca llevarlo a cabo de forma

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

amena por eso el pwer point es sencillo corto.

Tecnicas de entretenimiento y distracción, proyección, ejercicios practicos, y preguntas, dejarles expresarse.

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 - 2018/0555

### 1. TÍTULO

#### PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL GRAU BARRULL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALBALATE DE CINCA  
· Localidad ..... ALBALATE DE CINCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PALACIN ELTORO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
PASEOS UNA VEZ POR SEMANA DE 45´DE DURACION ACOMPAÑADOS POR MEDIO Y /O ENFERMERA EN LA LOCALIDAD DE OSSO DE CINCA. SE DISMINUYÓ LA PERIODICIDAD DEBIDO A LAS COMPLICACIONES SURGIDAS DURANTE EL PERIODO ESTIVAL (VACACIONES, DOBLAJES....)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
CONSEGUIMOS IMPACTO EN CUANTO A CONVOCATORIA DE POBLACION, SE MOTIVÓ A UN BUEN NUMERO DE PERSONAS, ALGUNAS DE LAS CUALES NO TENIAN EL HÁBITO PREVIO DE CAMINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
LA VALORACION GLOBAL ES MUY POSITIVA, SE CONSIGUE MOTIVAR A CAMINAR Y A REALZIARLO EN GRUPO CON MEJORA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES, CONTACTO CON LA NATURALEZA E INDIRECTAMENTE MEJORANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR. QUEDA PENDIENTE CONSEGUIR QUE SE MANTENGA EL HÁBITO SIN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO, PERO EL PROYECTO SERIA FACILMENTE REPETIBLE ANUALMENTE

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/555 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0555

Título  
PASEOS SALUDABLES

Autores:  
GRAU BARRULL ANA ISABEL, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: contacto medioambiente, mejora salud fisica y mental

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

PROBLEMA  
Se detecta la tendencia al sedentarismo en la población, la desmotivación a caminar de forma individual, lo cual repercute negativamente en el control de factores de riesgo cardiovascular así como en el marcado deficit de vitamina D que se detecta en este grupo de población. Consideramos que puede ser beneficioso a nivel de control de peso, tension arterial, niveles de vitamina D y sobre todo en el aspecto comunitario motivando a la población en la realizacion de ejercicio fisico al aire libre.

RESULTADOS ESPERADOS  
Se dirige a toda la poblacion, especialmente intentaremos captar a aquellos con otros factores de riesgo cardiovascular.

MÉTODO  
Se plantearan dos salidas semanales (miercoles y viernes) de 45 minutos al inicio de la jornada laboral. Informaremos previamente en consulta y se publicitará a través del Ayuntamiento

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0555

### 1. TÍTULO

#### PASEOS SALUDABLES

##### INDICADORES

Se planteara una encuesta de satisfaccion al finalizar la actividad

##### DURACIÓN

Jornadas de 45 minutos, miercoles y viernes durante 6 meses a realizar por los alrededores de Osso. Previsto se inicie en Junio 2018

Carteles informativos en el Ayuntamiento, centro social y Consultorio de Osso de Cinca.

##### 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 - 2016/0574

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ALICIA GRACIA MONTOLIU  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

EIZAGUERRI MATEO CELES  
PUY BARON ANA  
BOIX ALOY CONSUELO  
CAZCARRA JUSTE ESTHER  
MAIRAL SANZ PILAR  
SOPENA NOGUERAS NURIA  
MARTINEZ NOVEL LUCIANO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes que solicitan DEMNP se citan en el médico o pediatra que tienen asignado, pudiendo requerir el servicio también en matrona, enfermería, odontología o trabajadora social, según la consulta que quiera realizar el paciente.

Acceden a este tipo de consulta todos los profesionales del Centro de Salud.

Todos los profesionales del Centro de Salud disponen en sus agendas de varios actos con el código DEMNP, distribuidos a lo largo de las agendas diarias durante toda la jornada laboral, a criterio de cada profesional.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### \*INDICADORES:

-Número de pacientes que utilizan el Servicio desde enero hasta octubre de 2017.

Las consultas realizadas en Enfermería son 242, en Medicina de Familia 1,889 y en Pediatría 269.

-No ha habido ninguna incidencia ni reclamación por parte de los profesionales ni de los pacientes.

-Se realizó Sesión de formación/información de Consulta no Presencial.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Percibimos que la satisfacción entre profesionales y usuarios es alta.

Se aumenta la accesibilidad a pacientes que por diferentes circunstancias no puedan acceder a la consulta presencial.

Siendo muy útil para dar resultados de pruebas y seguimiento de tratamientos a pacientes conocidos anteriormente en la consulta.

#### 7. OBSERVACIONES.

No es necesario consentimiento informado. Si el paciente es conocido por el profesional se realizará la consulta.

Si hay dudas sobre la identidad del paciente y/o no tiene historia clínica abierta, el profesional concerta una cita presencial.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/574 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0574

Título  
IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:  
GRACIA MONTOLIU ALICIA, EIZAGUERRI MATEO MARIA CELES, PUY BARON ANA, BOIX ALOY CONSUELO, CAZCARRA JUSTE ESTHER, SOPENA NOGUERAS NURIA, MAIRAL SANZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Todas las edades

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0574

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Todas patologías

Línea Estratégica : Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Accesibilidad, comodidad, confort

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Hay un perfil de usuarios que tienen dificultades para la asistencia presencial en el centro de salud, por motivos diversos, laborales, salud, frecuencia de consultas...Nuestro proyecto pretende facilitar la accesibilidad en usuarios con necesidad de consulta no presencial que cumpla los requisitos éticos para consulta telefónica.

Familiar cuidador principal de paciente dependiente.

Requisitos éticos:

Que haya existido consulta presencial previamente.

No puede ser ofertada a todos los pacientes de forma generalizada, por las características de personalidad, factores sociales...

Aceptación de paciente y profesional a la consulta no presencial (consentimiento informado).

Que exista código de identificación.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos de la Actividad:

Favorecer la accesibilidad de los usuarios a través de la consulta telefónica de sus procesos asistenciales que no requieren exploración clínica.

Optimizar la carga asistencial en las consultas de Atención Primaria.

Establecer procesos estandarizados de atención asistencial a través de medidas de organización y gestión de la consulta telefónica.

#### MÉTODO

Profesionales sanitarios y Servicio de Admisión.

Elaboración de flujograma del proceso.

Curso de formación a los profesionales implicados.

Carteles informativos del Servicio a los pacientes.

Adecuación de las agendas de los profesionales participantes.

Encuesta de satisfacción.

Captación, circuito, organización del proceso:

La captación se realizará mediante carteles informativos del nuevo Servicio.

Se ofertará a los pacientes individualmente por los profesionales de Admisión.

El circuito será el siguiente:

Verificar si cumple criterios de admisión.

Existencia de consentimiento informado y registrarlo en OMI. Tipo de consulta que solicita ( Medicina, Enfermería, Pediatría, Matronas, Trabajadora Social, Odontología).

Comprobar si está el profesional asignado.

Citar en hueco CNP.

#### INDICADORES

Número de pacientes que utilizan esta servicio. Objetivo 50 pacientes en el primer año.

Número de pacientes con CNP/ número de consentimientos informados. Objetivo 100%.

Grado de satisfacción del profesional con el proceso.

Evaluación semestral.

Realización de una sesión de formación: SI/NO

#### DURACIÓN

Elaboración de flujograma en diciembre.

Curso de formación a los profesionales en enero 2017.

Carteles informativos a los pacientes en febrero 2017.

Adecuación de las en febrero de 2017.

Encuesta de satisfacción a los 6 meses de la implantacion con frecuencia semestral.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0574**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO**

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0581

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MELITON BLASCO OLIETE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TORRES CLEMENTE ELISA  
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA  
CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA  
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Para aumentar el diagnóstico de pacientes EPOC se solicitó a la Dirección de AP del sector listado de:  
Pacientes en tratamiento crónico con inhaladores  
Pacientes con diagnóstico de bronquitis, bronquiectasias, enfisema  
Los listados se pasarán a cada equipo medicina/enfermería para que valoren si procede solicitar espirometría.  
Se han realizado 370 espirometrias en el año 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Intervención global sobre tabaquismo:  
Sesión sobre abordaje del tabaquismo el día 3/7/1017 impartida por Dr. Blasco  
Puesta en funcionamiento en enero/2018 de una consulta específica de deshabituación tabáquica cuyo responsable será el Dr. Blasco:  
Sesión de presentación al EAP el día 17/1/2018 "Consulta de deshabituación tabáquica"  
Se ha aumentado sensiblemente la cobertura de EPOC, el 1.9%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
El diagnóstico del paciente EPOC es complejo. La consulta específica de Deshabituación Tabáquica puede ser una ayuda importante para la accesibilidad a este Servicio de los pacientes que quieran dejar de fumar.  
Consulta monográfica los martes de 13:30-14:30  
Derivación: Desde consultas de medicina/enfermería  
Criterios de inclusión: Fumador que desea intento de abandono  
Contenido  
Primera consulta, presencial  
Martes de 13:30-14:30 15 minutos  
Datos sobre el consumo de tabaco, información, plantear fecha de cese del consumo, plantear grupos de relajación  
2. Telefónica: Ha fijado día D?  
3. Presencial: Previa al cese. Tto farmacológico. Cooximetría  
4. Telefónica: 2-4 días cese  
5. Presencial 7-10 días cese. Cooximetría  
6. Telefónica 2 semanas cese  
7. Presencial 1 mes cese  
8. Telefónica: 2 meses cese  
9. Telefónica: 6 meses cese  
10. telefónica: 1 año cese  
Salida del programa  
No fijar fecha para cese  
Recaída  
1 año sin fumar

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/581 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0581

Título  
MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Autores:  
BLASCO OLIETE MELITON, TORRES CLEMENTE ELISA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, CAÑAS FRANCIA JOSE MARIA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0581

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: EPOC  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Hemos analizado nuestros resultados en la atención del paciente EPOC, es evidente que existe un infradiagnóstico en nuestro Centro tenemos un 3.1% de pacientes diagnosticados siendo la prevalencia en Aragón del 10.4%. La espirometría es la prueba fundamental para diagnosticar a estos pacientes, las dificultades en su realización y la participación activa del paciente, junto a la preparación para la prueba, interpretación y registro en OMI son un cúmulo de obstáculos que contribuyen al infradiagnóstico.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Aumento del diagnóstico del paciente EPOC.  
Mejorar la intervención de deshabituación tabáquica.

##### MÉTODO

Sesión de formación de diagnóstico de EPOC y registro de espirometrías en OMI  
Sesión formación de enfermería en calidad de espirometrías  
Sesión de formación de deshabituación tabáquica.  
En consulta de medicina y enfermería mediante la investigación del hábito tabáquico, se solicitará espirometría con instrucciones al paciente para la realización de la prueba  
Se citará al paciente en consulta programada de medicina para resultado de espirometría, registro en OMI e intervención tabáquica.  
La intervención tabáquica también se puede realizar en consulta de enfermería y derivar a medicina si el Riscmon es mayor de 6p.  
Pacientes >de 45 años fumadores o exfumadores.  
Pacientes >14años se investigará hábito tabáquico  
Pacientes sintomáticos con aumento de disnea, espectoración o/y bronquitis de repetición>2 episodios/año  
Pacientes con riesgo laboral EPOC.

##### INDICADORES

Aumentar el diagnóstico EPOC hasta un 6%.  
Espirográficas registradas en OMI / Total de espirogramas realizadas  
Paciente con espirograma realizada tenga intervención tabaquica/Total de espirogramas realizadas.  
La evaluación se realizará semestralmente.

##### DURACIÓN

Sesión de formación EPOC y registro en OMI de espirogramas. Noviembre 2016.  
Sesión de formación calidad de espirogramas. Noviembre 2016.  
Sesión formación deshabituación tabaquica. Diciembre 2016.  
Evaluación de los indicadores semestralmente

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... DOLORES CASTARLENAS SANMARTIN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MAESTRE SANTOLARIA SIRA  
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD  
PUEYO ACIN ARANCHA  
FORNIES LACOSTA PILAR  
VISTUE TORNIL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
· Elaboración de un cuestionario para la recogida de información-conocimientos dirigida a los profesionales de enfermería del Centro, y análisis de dicha información.  
· Creación de una guía de actuación para la exploración del pie diabético, basándonos en las herramientas de trabajo de las que actualmente disponemos.  
· Realización de sesiones formativas a los profesionales del Centro; una de la teoría y otra práctica de la revisión del pie diabético.  
· Recogida del grado de conocimientos adquiridos por los profesionales tras acudir a las sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
A la sesión de formación asistieron el 95% de los profesionales del E.A.P.  
Poseemos los datos de registro del pie diabético del año 2016 y 2017; precisaremos los resultados del 2018; para realizar la comparativa tras las sesiones de formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Queda pendiente de analizar los resultados de los cuestionarios que realizaron los profesionales pre y post sesión formativa.  
Se ha retrasado en un año del análisis definitivo del proyecto.

7. OBSERVACIONES.  
El responsable y algunos miembros del proyecto han cambiado por traslados y bajas.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/711 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0711

Título  
MEJORA DE CALIDAD EN EL CRIBADO LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

Autores:  
MAESTRE SANTOLARIA SIRA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, PUEYO ACIN ARANCHA, SALAS GUIRAL PAZ, VISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, MELER PARACHE GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Hemos analizado los datos de cartera de servicios, detectamos bajos resultados en la exploración del pie

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0711

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABÉTICO

diabético. El pie diabético engloba un conjunto de síndromes en los que la presencia de neuropatía, isquemia e infección producen lesiones tisulares o úlceras debido a pequeños traumatismos, produciendo una importante morbilidad que puede llegar incluso a amputaciones. La mayoría de las personas con pie diabético presentan enfermedad arterial periférica. La isquemia y la infección pueden estar presentes también. La neuropatía es una complicación microvascular que produce pérdida de sensibilidad en el pie, favoreciendo deformidades, una presión anormal, heridas y úlceras. Las úlceras del pie diabético pueden ser prevenibles con una adecuada estrategia que comprenda cribado, clasificación del riesgo y medidas efectivas de prevención y tratamiento. Todos estas complicaciones pueden ser modificadas y prevenibles, por eso pensamos que es importante aumentar la cobertura de esta exploración para cuantificar el riesgo. La guía NICE recomienda realizar el cribado del pie diabético a pacientes ambulatorios con DM2 para identificación y tratamiento de pacientes de alto riesgo.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar de la cobertura en la exploración del pie diabético.  
Identificar los factores de riesgo para desarrollar pie diabético.  
Valoración del riesgo del pie diabético .

#### MÉTODO

Población diana :Paciente diagnosticado de diabetes tipo 2.  
Captación en Consulta de Medicina y Enfermería.  
El paciente es citado en consulta programada de enfermería .  
Se identifican factores de riesgo : Tabaco, enfermedades cardiovasculares, evolución y control de la diabetes, neuropatías, problemas locales en los pies.  
Exploración: Palpación de pulsos periféricos, monofilamento, diapason, doppler en ausencia de pulsos palpables  
Clasificación del riesgo: Riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto, pie ulcerado.  
Personal de enfermería y medicina .  
Material necesario para una correcta exploración.  
Sesiones formación 1 semestral.  
Protocolo anexo I

#### INDICADORES

Nº de exploraciones de pie diabético/ nº de pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2. Objetivo 50%.  
Nº de exploraciones de pie en las que se identifican factores de riesgo/nº total de exploraciones  
Nº de exploraciones en las que haya valoración del riesgo / nº total de exploraciones . Objetivo 75%  
Realización de dos sesiones de formación.  
Evaluación semestral.

#### DURACIÓN

Evaluación semestral de los indicadores.  
Elaboración de protocolo noviembre 2016  
sesiones de formación diciembre 2016 y junio 2017

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 4 Mucho  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... : 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... : 3 Bastante

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELISA TORRES CLEMENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

PUERTOLAS MAYAYO ROSA  
ORTEGA CASTRILLO ITZIAR  
ACIN GARCIA SANTIAGO  
PIÑOL JANE ANA  
BUERA BROTO MARIA DOLORES  
PUEYO GARCIA MARIA CONCEPCION  
BADIA PLAYAN CARRODILLA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

? Se ha realizado un flujograma para la organización de la consulta, en el que se definen: indicación de la MAPA, petición vinculada a episodio HTA OMI, actividades de la consulta enfermería, realización e interpretación de la MAPA y designar responsables.  
? Se ha consensado las indicaciones para la realización de la MAPA.  
? Se ha elaborado Hoja Instrucciones al Paciente.  
? Se ha creado una agenda específica MAPA para la citación de los pacientes.  
? se ha realizado una sesión de formación de lectura e interpretación de los datos.  
? se ha explicado al EAP la organización de la consulta

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 20 MAPAS, de los cuales las lecturas fueron correctas en un 100%. El tiempo medio de espera para la realización fué de 21 días.  
% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA es del 31%.  
El 80% de los registros son patológicos.  
El 10% fenomeno de bata blanca.  
El 45% son no DIPPER  
El 10% DIPPER extremo.  
El 10% RISSER.  
En el 80% de los pacientes explorados hubo cambio de tratamiento

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La satisfacción de los profesionales que han derivado a sus pacientes para realización de MAPA es alta porque da mucha información del ritmo circadiano de la presión arterial y ayuda en la toma de decisiones.  
Hay que mejorar la participación y formación de los miembros del EAP.  
Estandarizar los informes.  
Los registros de las actividades del paciente durante la exploración.  
Los registros en EXCEL de las características del paciente.  
Sesiones de formación.  
Colaborar en la implementación en otros centros de salud.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/970 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0970

Título  
IMPLANTACION EXPLORACION DE LA MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:  
TORRES CLEMENTE ELISA, PUERTOLAS MAYAYO ROSA, MARTINEZ CARRILLO JUAN, ACIN GARCIA SANTIAGO, PIÑOL JANE ANA, BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: HTA  
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbilidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuentes en atención primaria (AP). La clasificación de los pacientes como hipertensos tiene importantes repercusiones sobre su vida. La presión arterial (PA), es una variable biológica que experimenta fluctuaciones a lo largo de las 24 horas dependiendo del período de actividad/descanso (ritmo circadiano o nictameral). En la HTA estas oscilaciones pueden hacerse más ostensibles, y a veces no predecibles, lo que hace muy útil conocer el perfil de estas modificaciones para un mejor diagnóstico, para establecer el pronóstico y asegurar un adecuado tratamiento de cada paciente. La MAPA es una de las técnicas disponibles actualmente para el diagnóstico y control de la PA, ha demostrado ser mejor predictor de morbilidad cardiovascular, consiste en la realización de múltiples medidas fuera de la consulta, durante un periodo de 24-48 horas, en las que el individuo realiza, la actividad física y laboral habitual. Permite identificar a los pacientes con HTA con fenómeno de bata blanca, demuestra la presencia de HTA nocturna y observar la variabilidad de la PA y la eficacia de los tratamientos durante 24 horas. Hoy en día, las diferentes sociedades científicas incluyen a la MAPA en la evaluación y manejo del paciente hipertenso (NICE, 2011; Hermida RC, 2013; O'Brien E, 2013; Hackam DG, 2013). Los pacientes en los que está indicada la realización de MAPA tienen que ser enviados al hospital.

Actualmente en el Centro de Salud hay profesionales con formación (FOCUSS) para poder realizar la prueba en AP.

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- Disminuir la morbilidad cardiovascular
- Disminuir tiempos de espera. Evitar tener que derivar al hospital para realizar la MAPA
- Mejora de la seguridad del paciente
- 1. Sobre los profesionales
  - Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes para todos los profesionales del EAP.
- 2. Sobre la organización / recursos económicos
  - Mejorar la capacidad de resolución de atención primaria.
  - El proyecto tiene como objetivo introducir en nuestro centro de salud la exploración de la MAPA (motorización ambulatoria de la presión arterial).

Nuestro centro de salud esta dotado de monitor MAPA.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Implantación progresiva de la MAPA, en nuestro centro de salud para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con hipertensión arterial .
  - Definir el flujograma para la realización e interpretación de la MAPA y designar responsables.
  - Realización de protocolo consensuado para la priorización de pacientes y acciones posteriores. Aunque idealmente sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de todos los hipertensos incluso de todos los individuos de alto riesgo vascular, esta medida probablemente no sea coste/efectiva al menos de momento, por lo que existen una serie de indicaciones internacionalmente admitidas:
    - ? Hipertensión de "bata blanca" y efecto bata blanca.
    - ? Hipertensión refractaria.
    - ? Síntomas de hipotensión con tratamiento antihipertensivo.
    - ? Valoración de necesidad de modificación terapéutica (\*)
    - ? Hipertensión episódica (\*)
    - ? Disfunción autónoma (diabetes) (\*)
    - ? Hipertensión oculta (fenómeno de bata blanca inverso)
- (\*): Indicaciones no admitidas universalmente. el registro de 24 horas tiene una reproducibilidad aceptable y ha demostrado que tiene un mayor valor pronóstico que la PA en clínica. Es la mas habitualmente utilizada en clínica y en estudios de investigación, excepto por algún grupo con amplia experiencia .
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.

#### MÉTODO

- Sesiones de formación
- Definir flujogramas
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
  - ? Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora
- La implantación de la MAPA, sería un servicio nuevo en nuestro centro de salud para lo cual se creará consulta específica MAPA, con agenda independiente.
  - ? Adiestramiento de enfermería para las instrucciones al paciente, colocación y retirada.
  - ? Formación profesionales de medicina para lectura, interpretación y análisis de los datos.
- Difusión en el EAP. Sesión de formación
- Implantación progresiva en otros centros de salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0970

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

##### INDICADORES

- % de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.
- % de pacientes derivados a consulta que no se ajustan a protocolo Indicadores clínicos:
- % de pacientes con diferencias entre presión diurna y nocturna
- % de pacientes con fenómeno bata blanca.
- % de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

##### DURACIÓN

- Sesiones de formación primer trimestre 2017.
- Aprobar el protocolo y difusión en EAP primer trimestre 2017
- Definir flujogramas .
- Crear agenda y consulta específica de medicina y enfermería segundo trimestre de 2017.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora semestralmente.
- Implantación progresiva en varios centros de salud segundo semestre 2018.

?  
?  
?

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 4 Mucho  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... : 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... : 4 Mucho

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA ARNAL TORRES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PUEYO ACIN ARANCHA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó primero la presentación del proyecto al EAP y posteriormente el taller.
- Realización de 4 talleres en distintas residencias de la zona de salud de Barbastro, dirigidas a los profesionales y cuidadores y familiares de las mismas.
- Se utilizó materiales didácticos tipo tripticos y taller práctico demostrativo con jeringas, espesantes, alimentos cocinados....
- Los talleres se realizaron según cronograma.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad queda por pasar la encuesta posterior a los talleres.  
Como resultados subjetivos durante este proceso se ha observado que ha mejorado la técnica: se ha retirado el uso de jeringas de alimentación.  
Como resultado objetivo se ha comprobado en una residencia en concreto que no consta en agenda ningún aviso por broncoaspiración.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quedan pendientes:

- Ampliar la formación a todas las residencias.
- Pasar la encuesta posterior a la formación, realizar una valoración comparativa de la encuesta previa.
- Realizar una charla de recuerdo en cada residencia pasados unos tres meses del taller

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1550 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1550

Título  
ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Autores:  
ARNAL TORRES ANA MARIA, PUEYO ACIN ARANCHA, VALDOVINOS FERNANDEZ NOEMI

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Justificación de la actividad comunitaria: Los últimos estudios del 2015 realizados por el Ministerio de Sanidad demuestran que la Disfagia Orofaringea afecta a un 84% de las personas con Alzheimer, 50% de los pacientes con PARKINSON y entre un 10%-30% de los pacientes tras sufrir un ICTUS. Así como dichos estudios indican que entre un 40 %-50% de nuestros ancianos presentaran PRESBIFAGIA (disfagia por el proceso de envejecimiento).  
Ámbito de aplicación: Programa piloto: Residencia de Estadilla, la cual cuenta con 68 residentes y un 25% -30% de pacientes con prescripción de espesante.  
Nuestra meta es conseguir con este programa piloto en dicha residencia que las personas con disfagia

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1550

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

orofaríngea reciban una alimentación EFICAZ Y SEGURA disminuyendo las complicaciones e ingresos hospitalarios.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.

Cuidadores de residencias ( auxiliares de enfermería, gerocultoras, familiares.

Objetivos de la Actividad:

- 1- Identificar los grupos de riesgo y los principales signos y síntomas de disfagia en ancianos institucionalizados
- 2- Detectar precozmente la disfagia orofaríngea en los grupos de riesgo.
3. Fomentar la realización de planes de cuidados específicos e individualizados en disfagia orofaríngea.
4. Disminución ingresos hospitalarios por BRONCOASPIRACIÓN .

#### MÉTODO

Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.

Si sospecha disfagia por síntomas de alerta se realiza cribado por parte de enfermera de AP (Anexo I). Se cita al paciente con el medico de familia para ínter -consulta con geriatría ( realización test de disfagia ).Tras el diagnóstico se incluirá al paciente programa piloto de cuidados específicos en residente con disfagia orofaríngea,realizados por el personal cuidador de la residencia.

Se realizaran las siguientes actividades de formación para cuidadores de residencia:

Taller de abordaje en persona con disfagiaorofaríngea: signos y síntomas de alerta cuidados específicos y tratamiento individualizado.

Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.

Recordatorio del taller pasados tres meses. Se pasara test de conocimiento antes del taller y posterior a los tres meses.

Recordatorio test ( ANEXO II )

Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:

Enfermeras del Centro de Salud de Barbastro: Ana M<sup>a</sup> Arnal Torres, Arancha Pueyo Acín, Noemí Valdovinos Fernández. Cuidadores de residencia.

Materiales didácticos: Guía rápida con RECOMENDACIONES PARA PERSONA CON DISFAGIA OROFARÍNGEA.

Listado de registro de pacientes incluidos en dicho programa ( Anexo III )

#### INDICADORES

-Nº de pacientes hospitalizados por causa relacionada con la disfagia/Nº de pacientes con disfagia en la residencia.

-Nº de cuidadores asistentes al curso (proporción)

-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)

-Nº de cuidadores a los que pasados 3 meses de la formación, han obtenido la calificación de medio ó alta(tes de conocimiento de disfagia)/ Nº de cuidadores que han realizado el curso.

#### DURACIÓN

El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:

--Se empezará por detectar la prevalencia de pacientes con Disfagia en la residencia.

-Presentación del Proyecto al equipo

-Captación de cuidadores y familiares implicados con las comidas de los pacientes en la residencia.

-Se pasará el Tes de conocimiento de Disfagia, seguidamente de impartirta el taller.

-Pasados tres meses en enero de 2018 se volvera a pasar el tes de conocimiento y se volvera a realizar el taller de recuerdo.

-Evaluación de resultados.

-En el segundo semestre de 2018, se realizará el taller en dos residencias de Barbastro.

#### 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 - 2016/1550**

**1. TÍTULO**

**ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA**

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 12/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES BUERA BROTO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BADIA PLAYAN CARRODILLA  
CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES  
BISTUE TORNIL BEATRIZ  
FORNIES LACOSTA PILAR  
BLASCO OLIETE MELITON  
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Presentación del proyecto al EAP  
- Taller de inhaladores al EAP  
- Reuniones de los componentes del equipo del proyecto para preparar las sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
- Participación del 95% de los profesionales del EAP a la presentación y al taller.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
- En este momento se están preparando las presentaciones para la formación a los grupos de pacientes.  
- Un subgrupo de este equipo está realizando una captación para el aumento de cobertura de los pacientes con registro de EPOC.  
- Como todavía no se han iniciado las sesiones formativas a grupos de pacientes queda pendiente para este año.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1553 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1553

Título  
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Autores:  
BUERA BROTO MARIA DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES, BISTUE TORNIL BEATRIZ, FORNIES LACOSTA PILAR, BLASCO OLIETE MELITON, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
JUSTIFICACION

El EPOC es una enfermedad que conlleva una gran carga de morbimortalidad y pueden suponer para el paciente una limitación importante en su actividad diaria, frecuentes visitas médicas de control, seguimiento y visitas a urgencias.  
La educación sanitaria del paciente y familia con una enfermedad respiratoria va a consistir en la aplicación de un programa que les permita adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le hagan participe activo en el cuidado de su enfermedad.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Por ello hemos considerado que la implantación de un programa de educación grupal a pacientes diagnosticados de EPOC, haciendo partícipes a pacientes y familia, favorecerá el auto-cuidado, el conocimiento de su enfermedad y prevendrá reagudizaciones. Hay evidencias de que la rehabilitación pulmonar aumenta la capacidad para el ejercicio, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.

A pesar de la implantación de un programa de educación sanitaria grupal no exime al paciente de acudir a sus revisiones periódicas con su médico y enfermera, que servirán para reforzar la información, revisar el uso correcto de la medicación, vigilar el cumplimiento terapéutico, así como solucionar los problemas que pudieran surgir.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### GENERAL

Mejorar conocimientos y auto-cuidados de pacientes con EPOC en el Centro de Salud de Barbastro

##### ESPECIFICOS:

- 1) Impartir una sesión anual sobre EPOC y uso correcto de inhaladores a todos los profesionales del centro.
- 2) Aumentar los conocimientos y habilidades para prevenir las reagudizaciones de su enfermedad y en el caso de que ocurran saber cómo actuar ante ellas.
- 3) Conseguir la correcta realización del tratamiento con un buen adiestramiento en manejo de inhaladores y accesorios así como una fisioterapia respiratoria efectiva.

#### Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico EPOC en el Centro de Salud de Barbastro, de al menos 1 año de evolución (espirometría con FEV1 < 70 con broncodilatación).

Se incluirán en el programa a familiares y cuidadores para reforzar su implicación .

#### MÉTODO

##### METODOLOGIA

- 1º- Captación por el EAP según criterios de inclusión. (CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA).
- 2º-Sesiones individuales para valoración inicial por parte de las enfermeras responsables del programa (cuestionario de valoración inicial antes de comenzar el programa.)
- 3º Sesiones grupales semanales de 90 min de duración (4 sesiones por grupo)
- 4º Sesión individual a las 2 semanas de la realización de las sesiones grupales para seguimiento con las enfermeras del programa.
- 5º Sesión individual a los 3 y a los 6 meses de finalizar las sesiones grupales para seguimiento con enfermera de referencia del paciente..
- 7º Evaluación del taller (asistencia, metodología empleada, encuestas de satisfacción...) y evaluación de conocimientos, habilidades adquiridas

#### INDICADORES

##### INDICADORES

- 1- N° de profesionales asistentes al taller/ N° de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
- 2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores, N° de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ N° total de pacientes incluidos en el programa

#### DURACIÓN

##### CRONOGRAMA:

El proyecto comenzará en el segundo semestre del 2017 con continuidad en años sucesivos, impartándose en principio un taller por semestre (Primer semestre mayo -junio y segundo semestre noviembre -diciembre)

1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO

Estos 2 puntos se realizarán desde julio a octubre del 2017

3º- CAPTACION DE LOS PACIENTES EN CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

4º- CONSULTA INDIVIDUAL DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION INICIAL.

5º INICIO DE LAS SESIONES (4 SESIONES DE 90 MIN. DURACION) El primer taller de formación se impartirá en noviembre- diciembre del 2017

6º CONSULTA INDIVIDUAL A LAS 2 SEMANAS DE TERMINAR LA EDUCACION GRUPAL CON ENFERMERIA RESPONSABLE DEL PROYECTO PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO EPOC

7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

#### OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1553**

**1. TÍTULO**

**EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC**

-----  
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 - 2018/0974

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA TORRES CLEMENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

ACIN GARCIA SANTIAGO  
PUERTOLAS MAYAYO ROSA  
LAUSIN MARIN SAGRARIO  
BUERA BROTO DOLORES  
PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION  
BADIA PLAYAN CARRODILLA  
GRACIA MONTOLIU ALICIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha informado al EAP de la organización de la consulta monográfica MAPA.  
Se ha promovido la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, sesión clínica explicativa del proyecto en el EAP. Febrero 2018 E. Torres.  
Elaboración de Protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA; se realizó por los de colaboradores del proyecto en marzo 2018.  
Sesión de formación para profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos por E. Torres marzo 2018.  
Sesión de formación importancia de la MAPA e interpretación impartida por medicina interna. Dr. Pablo Sanchez. Febrero 2019.  
Hemos realizado formación para implementación de la MAPA en el C.S. Monzón y C.S.Tamarite por parte de medicina y enfermería.  
La interpretación de resultados de la MAPA es realizada por 4 médicos de familia formados y la colocación del monitor y descarga de resultados realizada por 3 enfermeras. Las citas se realizan en el servicio de admisión por un administrativo de referencia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:  
MAPAS normales 11/ 128= 8.5%  
MAPAS patológicos 106/ 128= 82.81%  
MAPAS no válidos 11/128= 8.5%

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.  
Objetivo 70%. Resultado: 15/16= 93.75%

Variabilidad en el número de solicitudes de la prueba: entre 1 y 46 solicitudes/médico

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos.  
Objetivo 5%.  
128/3.000= 4.26%

% de pacientes con alteración ritmo circadiano  
91/ 128= 71%  
No Dipper 63  
Risser 10  
Dipper extremo 18  
TOTAL 91

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.  
106 (MAPAS patológicos) /128= 82%

% de pacientes en automonitorización domiciliaria.  
Objetivo 5%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con valoración de RCV.  
Objetivo 70%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con intervención en estilo de vida.  
Objetivo 60%. Este indicador no se ha podido medir.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos mediante la utilización de la MAPA, durante el próximo año protocolizaremos la utilización en el diagnóstico y seguimiento del paciente hipertenso con la AMPA.

Buena implementación de la consulta monográfica MAPA habiendo realizado durante el 2018 128 MAPAS de las

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

cuales el 91.4% han sido válidas.  
Ha habido un buen cumplimiento del flujograma y protocolo establecido por parte de los profesionales.

Tareas pendientes 2019.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA. Finales de marzo 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía  
Protocolo de utilización de la AMPA en diagnóstico y seguimiento de hipertensión arterial, abril 2019. Responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía  
Sesión de formación guías clínicas HTA. Responsable S. Acín .  
Sesión de formación casos clínicos MAPA. Mayo- Junio 2019 responsables E. Torres, R. Puertolas, S. Lausín  
Sesión de formación terapia antihipertensiva. Abril 2019 responsables: S. Acín, Pablo Sánchez  
Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería. Julio 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía.  
Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/974 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0974

Título  
INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:  
TORRES CLEMENTE ELISA, PUERTOLAS MAYAYO ROSA, ACIN GARCIA SANTIAGO, ORTEGA CASTRILLO ITZIAR, PIÑOL JANE ANA, BUERA BROTO DOLORES, BADIA PLAYAN CARRODILLA, PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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**  
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, y la hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, con una prevalencia estimada en torno al 20% en mayores de 18 años, cifra que puede doblarse en mayores de 65 años. La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbilidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuente en atención primaria (AP). En 2017 se implementó en el Centro de Salud de Barbastro la exploración MAPA. Los resultados de una muestra de 50 pacientes evidenciaron que el 83% de ellos no estaban bien controlados, requiriendo modificaciones en el tratamiento; el 63% tenían un ritmo circadiano alterado. Sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de los pacientes hipertensos, y de todos los individuos de alto riesgo cardiovascular. La MAPA ha demostrado que tiene un elevado valor pronóstico. Con este proyecto nos proponemos revisar el diagnóstico, seguimiento, tratamiento farmacológico, educación sanitaria y adherencia al tratamiento del paciente hipertenso.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
? Mejorar el diagnóstico mediante confirmación de MAPA o AMPA.  
? Valorar el riesgo cardiovascular y daño de órganos diana.  
? Sesiones de formación del tratamiento farmacológico de la HTA basado en la evidencia.  
? Intervenciones para modificar estilo de vida.  
? Seguimiento del paciente usando la automonitorización domiciliar de la PA (AMPA) dentro de un programa con intervención de los profesionales sanitarios.  
? Mejorar la adherencia al tratamiento. Actuación sobre absentismo de citas consulta de enfermería.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

##### MÉTODO

Realización de protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA (HTA de "bata blanca", HTA refractaria, sospecha HTA oculta, pacientes con RCV alto) y establecer objetivos de cifras de PA dependiendo de edad y factores de riesgo. Fomentar la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA y para realizar la educación de los pacientes. (Dos sesiones / año)

Valoración del riesgo cardiovascular. Realización de ECG y analítica que incluya glucosa, iones, creatinina, filtración glomerular, colesterol total y HDL y proteinuria.

Formación de profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos.

Intervenciones en estilo de vida por enfermería. Registro en historia clínica de: dieta, ejercicio, alcohol, consumo de sal y tabaco.

Sesiones de formación de terapia antihipertensiva. (Dos sesiones / año)

Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

##### INDICADORES

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA. Objetivo 70%.

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos. Objetivo 5%.

% de pacientes con alteración ritmo circadiano

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

% de pacientes en automonitorización domiciliaria. Objetivo 5%

% de pacientes con valoración de RCV. Objetivo 70%

% de pacientes con intervención en estilo de vida. Objetivo 60%

Los datos se extraerán de la historia clínica y Excel de registro.

##### DURACIÓN

Difusión en el EAP. JUNIO 2018. Responsable E.Torres

Protocolo indicaciones MAPA /AMPA . JUNIO 2018

- Sesiones de formación enfermería JULIO- SEPTIEMBRE. Responsables D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
- Sesiones de formación terapia antihipertensiva JULIO- OCTUBRE. Responsables S Acín y I. Ortega.
- Sesión casos clínicos MAPA. SEPTIEMBRE. Responsables R Puértolas y A. Piñol.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

##### 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 - 2018/0652

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DIANA SAGARRA NOVELLON  
· Profesión ..... PEDIATRA  
· Centro ..... CS BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

ABIZANDA GUILLEN ANA  
CONDE BARREIRO SANTIAGO  
BLECUA PORTA CARMEN  
ABAD VICENTE MARIA PILAR  
CAZCARRA JUSTE ESTHER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de encuesta de hábitos ( se realizará antes y después de realizar las sesiones)  
Elaboración e impresión de pósters y folletos informativos para divulgación de la actividad ( distribución por colegios, institutos, centro de salud..)  
Elaboración de las sesiones clínicas en formato powert point que se presentarán a los pacientes y consulta de bibliografía pertinente para su elaboración  
Selección de pacientes: elaboración de lista de posibles candidatos ( se ha extraído del programa informatico OMI de atención primaria aquellos niños con diagnostico de sobrepeso u obesidad con edades comprendidas entre los 6 y 14 años)  
Captación de los pacientes en proceso ( se ha empezado a contactar por teléfono ofertando el asistir a las charlas a los pacientes que cumplen los criterios anteriormente descritos), además de todos aquellos que voluntariamente participan tras ser conocedores de la actividad a traves de los posters y folletos informativos y que cumplan los criterios comentados  
Recursos: impresión de folletos y pósters, espacio habilitado ( previamente disponible en el centro de salud), tallmetro y báscula ( previamente disponibles)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente llevar a cabo el desarrollo de las sesiones y posterior análisis de datos

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades: No se ha seguido el cronograma según estaba previsto inicialmente (pendiente llevar acabo las sesiones) dado que se han encontrado dificultades para conciliar un horario en que esté disponible el espacio habilitado en el centro de salud (ocupado de forma intermitente por otro servicio) y en que los niños y sus familias puedan acudir ( horario de mañanas es horario escolar y por la tarde las familias comentan dificultades para compaginar con extraescolares).

#### 7. OBSERVACIONES.

Pendiente resolver el problema comentado en el apartado anterior; cuando el grupo de pacientes esté definido se acordará el horario que mejor resulte a la mayoría de asistentes

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/652 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0652

Título  
INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:  
SAGARRA NOVELLON DIANA, CONDE BARREIRO SANTIAGO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, BLECUA PORTA CARMEN, ABAD VICENTE MARIA PILAR, CAZCARRA JUSTE ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----

Enfoque .....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0652

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La obesidad infantil ha aumentado de forma exponencial en las últimas décadas y con ello sus comorbilidades, con el correspondiente impacto en materia sobre la salud. En muchos casos el inicio se produce en la infancia y la adolescencia pero el problema persiste en la edad adulta, por lo que es importante hacer un diagnóstico y tratamiento precoz. Esta patología suele presentar escasa respuesta a las medidas de tratamiento habituales con una baja motivación y adherencia. Se propone intervenir a nivel de los niños con sobrepeso y obesidad y sus familiares a través de charlas (sesiones teórico prácticas educativas) que se impartirán en el centro de salud y a través de las cuales se pretende conseguir una mejoría en los parámetros antropométricos ( peso e IMC ) de los pacientes.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el percentil de IMC para la edad y sexo de los pacientes y motivar cambios en el estilo de vida dieta y realización de ejercicio físico.

##### MÉTODO

Se realizara medida de parámetros antropométricos antes y después de finalizar la intervención.  
Elaboración de encuesta de hábitos antes y tras las charlas.  
Sesión clínica de formación con el servicio de pediatría de A.P entre medicina y enfermería  
Elaboración de carteles y folletos informativos de la intervención.  
Captación: se extraerá lista de programa informático OMI de aquellos pacientes entre 6 y 14 años con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, ofertando participar en el programa así como aquellos pacientes con reciente diagnóstico de sobrepeso/obesidad, aquellos que son controlados de forma periódica en las consultas de pediatría por este motivo y los que mediante la promoción del proyecto con folletos y carteles informativos decidan participar voluntariamente.  
Las charlas se desarrollaran en un espacio habilitado del centro de salud con medios audiovisuales (presentaciones power point), Las mediciones de peso y cálculo IMC se llevaran a cabo con el material del que se dispone en las consultas de pediatría del centro de salud  
Se desarrollaran 6 sesiones teórico prácticas en el centro de salud en horario a determinar (en función de la conveniencia de los asistentes), de una hora de duración, a la que acudirán los niños acompañados de sus padres con el objeto de conseguir que los cambios en el estilo de vida y la alimentación se produzcan desde dentro del ámbito familiar. Las sesiones se desarrollaran a lo largo de 12 semanas (semanalmente alternas) a partir del mes de septiembre de 2018.

##### INDICADORES

Evaluar si se producen cambios en el estado de salud y parámetros antropométricos ( registro de peso, talla e IMC) de los pacientes. Registro de participación

##### DURACIÓN

La captación de pacientes, formación de equipo, firma de consentimiento se realizará de septiembre a diciembre de 2018. Las sesiones iniciaran en le mes de Enero de 2019 y se realizara una a la semana de manera alterna; terminando de impartir las sesiones en Marzo de 2019 con análisis posterior de los 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 - 2016/1559

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BENABARRE  
· Localidad ..... BENABARRE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTIN FUERTES JOSE JAVIER  
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION  
MUR MURO MARIA TERESA  
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones formativas, en numero de 6, dirigidas a población agrupada en colectivos sociales como colegios en la zona, residencia de ancianos, asociación de amas de casa, así como en el propio centro de salud. Para ello se ha dispuesto de material audiovisual y de locales cedidos por los distintos colectivos. Dos sesiones dirigidas personal al cuidado de ancianos en Residencia de Mayores de Benabarre: "Actitud frente a la complicación en el paciente afecto DM, manejo de los bolígrafos de insulina" ; "Uso de medicamentos en ancianos: formas de administrarlos, interacciones...". Dos sesiones dirigidas a alumnos de los colegios publicos de Benabarre y CEIP Joaquin Costa de Graus: "Primeros auxilios" y "Proyecto Hospital: el sistema cardiovascular desde enfermería". Una sesión dirigida a la asociación de Amas de Casa de Benabarre: "La patología del Tiroides". Una sesión dirigida a profesionales del centro de salud y de la residencia de ancianos: "Codigo IAM"

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A destacar la alta participación e implicación de la población a quien se dirigen estas actividades. Se han realizado 6 sesiones a lo largo del año sobre las 4 previstas inicialmente. Se han realizado encuestas de satisfacción, así como, valoración por parte de los responsables de las distintas asociaciones.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Destacamos el interés suscitado en los responsables de los distintos colectivos a quienes iba dirigido el presente proyecto, así como la demanda de continuidad en la realización de distintas actividades formativas en la población de nuestra zona en el futuro.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1559 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1559

Título  
EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Autores:  
CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER, MARTIN FUERTES JOSE JAVIER, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, LATORRE AGUILAR IGNACIO, MUR MURO MARIA TERESA, LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Patologías crónicas, urgencias...  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Necesidad de impartir educación sanitaria en la población respecto a las patologías mas prevalentes y en urgencias.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1559

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Decidido por consenso del EAP.  
Estrategia de intervención comunitaria

##### RESULTADOS ESPERADOS

Promoción hábitos saludables en la comunidad.  
Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos dependientes.  
Difusión en la población de conceptos básicos en primeros auxilios.  
Educación a grupos de pacientes crónicos.

##### MÉTODO

Instruir personal dedicado al cuidado de enfermos crónicos.  
Charlas participativas desarrolladas a lo largo del año.  
Locales habilitados en colegio, ayuntamiento, centro de salud...

##### INDICADORES

Realización de, al menos, 4 actividades en relación a lo expuesto a lo largo del año.  
Encuestas de opinión (valoración de los asistentes, valoración personal docente...)

##### DURACIÓN

A realizar durante el año.  
Comunicar en Consejo de Salud.

##### 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 - 2016/1579

### 1. TÍTULO

#### GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA CASTRO CUBERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BENABARRE  
· Localidad ..... BENABARRE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CODINA MARCET MIREYA  
MUZAS BERGES PAZ  
ALQUEZAR LABAD MARISA  
LATORRE AGUILAR IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
REVISION SISTEMATICA, CON PERIODICIDAD MENSUAL, DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, POR PARTE DE LA PERSONA DESIGNADA, DE ACUERDO A NUESTRO PO CON EL CONSECUENTE REGISTRO EN ANEXOS 10 Y 11.  
REALIZACION DE TALLERES DE "REFRESCO" CON FECHAS 27/3/2017 Y 4/9/2017 CON ASISTENCIA DEL 100% DEL PERSONAL SANITARIO DEL EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
CORRECTA CUMPLIMENTACION DE RESULTADOS REVISIONES PERIODICAS EN DOCUMENTO CORRESPONDIENTE (ANEXOS 10 Y 11) CON LAS CORRECCIONES OPORTUNAS SI PROCEDIERON.  
REALIZACION DE TALLERES DE "REFRESCO" CON FECHAS 27/3/2017 Y 4/9/2017 CON ASISTENCIA DEL 100% DEL PERSONAL SANITARIO DEL EAP Y ALTA SATISFACCION EXPRESADA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
SI BIEN EL PROYECTO DE MEJORA SE ESTABLECIO PARA UN LIMITE TEMPORAL DE UN AÑO, SE CONSTATA LA NECESIDAD DE SU CONTINUACION EN EL TIEMPO DADO EL INTERES SUSCITADO Y LA TRANQUILIDAD GENERADA EN TODO EL PERSONAL CON TAREAS ASISTENCIALES.  
LAS REVISIONES PERIODICAS EVITAN LA EXISTENCIA CADUCIDADES SOBREPASADAS, DESORDEN DEL MATERIAL EN MALETINES...  
ASI MISMO, LOS TALLERES DE REFRESCO, PERMITEN AL PERSONAL MANTENERSE AL DIA EN CUANTO A LA UBICACION, UTILIZACION, Y DISTRIBUCION DEL MATERIAL Y MEDICAMENTOS DE LOS MALETINES.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1579 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1579

Título  
GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Autores:  
CASTRO CUBERO ROSA MARIA, CODINA MARCET MARIA ASUNCION, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, MUZAS BERGES PAZ, ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA, LATORRE AGUILAR IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Atencion a la urgencia fuera del centro de salud  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos: .....

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

PROBLEMA  
Maletines de urgencias susceptibles de ser utilizados por todo el personal sanitario del centro de salud.  
Necesidad detectada de talleres de "refresco" periódicos respecto al material existente y su utilización en situaciones de urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS  
Estado de los maletines de urgencias y de su contenido siempre en perfecto estado para su uso.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1579

### 1. TÍTULO

#### GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Personal sanitario del centro de salud entrenado para su manejo.

#### MÉTODO

Revisión de los maletines con periodicidad mensual por responsable designado de acuerdo al PO establecido.  
Taller semestral de "refresco" en el manejo de los maletines y su contenido.

#### INDICADORES

Valoración anual hojas de registro de actividades establecidas según PO (anexos 10 y 11) correctamente cumplimentadas.  
Hojas de registro de asistencia a talleres de "refresco" cumplimentadas por todo el personal sanitario del centro.

#### 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 - 2016/1584

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VENTURA SAURA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BENABARRE  
· Localidad ..... BENABARRE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALQUEZAR LABAD MARISA  
CASTRO CUBERO ROSA  
LATORRE AGUILAR IGNACIO  
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
PACIENTES CON EPISODIO DE DM II ABIERTO EN OMI CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR ENFERMERIA Y MEDICINA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA:  
INSPECCION DE PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)  
VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, SENSIBILIDAD, REFLEJOS...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
RESULTADO A FINAL 2017 INFERIOR AL 40% SOBRE LO INICIALMENTE PRESUPUESTADO PARA EL AÑO. OBJETIVO INICIAL PARA EL AÑO EXCESIVAMENTE AMBICIOSO.  
PROYECTO A CONTINUAR EN 2018.  
-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.  
-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
SE OBVIA LA NECESIDAD DE MANTENER EL PROYECTO DADA LA IMPORTANCIA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO ADECUADOS DE LA PATOLOGIA DEL PIE EN EL PACIENTE DIABETICO.  
NECESIDAD DE INSISTIR, POR PARTE DE MEDICINA Y ENFERMERIA, A PACIENTES AFECTOS DM PARA QUE ACUDAN CONSULTA PROGRAMADA UNA VEZ CITADOS (CONCIENCIAR DE LA IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES DEL PIE EN EL DIABETICO).

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1584 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1584

Título  
ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DABETICO

Autores:  
VENTURA SAURA MARIA PILAR, ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA, CASTRO CUBERO ROSA MARIA, LATORRE AGUILAR IGNACIO, LACAMBRA CALVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

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

PROBLEMA  
MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO INSTRUYENDO EN EL CUIDADO DEL PIE DIABETICO TANTO AL PROPIO PACIENTE COMO AL PERSONAL SANITARIO RESPONSABLE.

RESULTADOS ESPERADOS  
ADIESTRAR AL PACIENTE EN LA DETECCION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD "PIE DIABETICO".  
EVITAR COMPLICACIONES "PIE DIABETICO".



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1584

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

EVITAR AMPUTACIONES.

#### MÉTODO

PACIENTES CON EPISODIO DE DM ABIERTO EN OMI SERAN CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR MEDICINA Y ENFERMERIA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA.

INSPECCION PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)

VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, Tª, SENSIBILIDAD, REFLEJOS)

#### INDICADORES

ANUAL: CUMPLIMIENTO AL 80 % DE PACIENTES CON EPISODIO DE DM.

-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

#### DURACIÓN

VALORACION ANUAL

#### 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 - 2016/1464

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SONIA LAPLAZA ARA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BERBEGAL  
· Localidad ..... BERBEGAL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

ALBANO RIVARES MARIA JESUS  
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN  
SALINAS GISTAU ANA MARIA  
BORRUEL CALZADA TERESA  
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO  
MONTERO MORATA CARLOS  
GUILLEN SOLANO CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas en este proyecto han sido revisión del material de la sala de urgencias y de los maletines de urgencias.

En ella han participado varios miembros del EAP, realizando la revisión de forma mensual.

Esta revisión del material y las caducidades la registramos en el ordenador (carpeta ISO).

Queda registrado en la Hoja creada para este proyecto las firmas de las Personas que la realizan.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este proyecto el 100% de los Miembros del EAP han participado en la revisión del material de la sala y de maletines de urgencias.

Objetivo >80%

Las revisiones han sido realizadas en un 100% el objetivo es >90%.

Los indicadores utilizados han sido:

- N° miembros del EAP que participa en la revisión del material.
- Revisiones realizadas en tiempo y forma / revisiones programadas

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos decidido continuar con este proyecto, la valoración ha sido muy positiva. En una situación de urgencia todo el material esta preparado, ordenado y con las caducidades de la medicación revisadas.

Consideramos que es muy importante tener la sala de urgencias ordenada y con el material revisado para poder dar una mejor atención sanitaria a nuestros Pacientes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1464 ===== \*\*\*

N° de registro: 1464

Título  
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:  
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

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

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

#### PROBLEMA

En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material. La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

#### MÉTODO

Para lograr los objetivos, en reunión de equipo se decidió realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

#### INDICADORES

Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

#### DURACIÓN

La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

#### 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 - 2016/1526

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MONTERO MORATA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BERBEGAL  
· Localidad ..... BERBEGAL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JUAREZ GRACIA CRISTINA  
GUILLEN SOLANO CARMEN  
LOPEZ ALONSO ANGELES  
LAPLAZA ARA SONIA  
SALINAS GISTAU ANA MARIA  
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%).  
Resultado: 76%

2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%).  
Resultado: 84%

3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes.( objetivo > 75%)  
Resultado:79%

4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%).  
Resultado 78%

5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%).  
Resultado:

-Revisión microalbuminuria: 75%  
-Revisión filtrado glomerular: 76%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el año ha habido problemas con el registro de los datos en el cuadro de mandos con el filtrado glomerular, la microalbuminuria, retinografías.  
Por otra parte, cada año hay que hacer hincapié en la necesidad de seguir realizando estas actividades porque puede haber variaciones de la cobertura de estos indicadores y es necesario implicar al personal del EAP en la importancia de su realización.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1526 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1526

Título  
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:  
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

#### RESULTADOS ESPERADOS

GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

#### MÉTODO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

#### INDICADORES

- 1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
  - 2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
  - 3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes (objetivo > 75%)
  - 4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
  - 5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
- SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

#### DURACIÓN

1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

#### 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 - 2016/1544

### 1. TÍTULO

#### INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BERBEGAL  
· Localidad ..... BERBEGAL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PABLO GIMENO INMACULADA  
ALBANO RIVARES MARIA JESUS  
RAMON CASANOVA RICARDO  
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Diseño de una Hoja de Registro de las Interconsultas (IC) realizadas a Urgencias, en la que se hace constar la fecha, identificación del paciente, si se realiza IC por Telemedicina (ICxTM) o se deriva directamente a Hospital, y si la ICxTM resolvió o no el problema urgente.  
Se realizó reunión de Equipo para explicar el contenido del Proyecto y datos a registrar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Vaciados los datos recogidos en las hojas de registro, los hemos relacionado con los datos extraídos de IC registradas en OMI, obteniendo los siguientes indicadores:  
Número de ICxTM a Urgencias en 2017 = 4  
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en 2017:  $4/102 = 3,92$   
Porcentaje de ICxTM sobre el total de pacientes:  $4/1386 = 0,288$   
Porcentaje de ICxTM resueltas sin derivar a Hospital:  $4/4 = 100 \%$   
Añadimos otro indicador no planteado en inicio pero que consideramos interesante por lo que relaciona:  
- Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en horario de mañana:  $4/86 = 4,65$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Consideramos que en números absolutos se ha utilizado poco esta herramienta, pero en cambio se confirma su utilidad pues en todos los casos se ha solucionado la urgencia sin necesidad de derivar el paciente al hospital. Nos parece interesante el indicador que relaciona las ICxTM realizadas en horario de mañanas puesto que realmente refleja las posibilidades de esta herramienta, pues es en dicho tramo horario cuando disponemos de ella. Aunque el tramo horario de atención continuada es mayor, el volumen de consultas es mucho menor y se constata que la mayoría de las IC a Urgencias se realizan en el horario habitual de mañana.  
Pensamos que esta herramienta es muy útil, pero somos conscientes de que cuesta su implantación. Si bien el porcentaje no parece elevado (alrededor del 4%), si se consiguiera que una cantidad similar de todas las IC a Urgencias se beneficiaran de ella, esa cifra sería "considerable", dado el volumen de urgencias hospitalarias que se registran al cabo del año.  
Analizando los casos individuales, 3 de los ellos correspondían a patología traumatológica; curiosa coincidencia que fueron 3 fracturas vertebrales osteoporóticas, que tras realizar la placa se hizo la ICxTM y se resolvió de forma conjunta, con la participación del médico de urgencias y el especialista.  
Hay que comentar que existe un sesgo de infrarregistro difícil de cuantificar. Los pacientes desplazados desaparecen del registro OMI, al igual que los fallecidos. En ocasiones se remiten pacientes a Hospital directamente desde su domicilio sin hacer hoja de IC en OMI. Igualmente no nos ha evaluado los registros del MAC de sector y de un profesional MAC del equipo que luego se trasladó. Todo ello aumentaría el denominador y conllevaría un discreto descenso del porcentaje.  
Igualmente, comenzamos a registrar cuando el año ya estaba en curso. También somos conscientes de la dificultad de que todos los miembros del EAP nos impliquemos por igual y consigamos mantener un perfecto registro durante todo el año. Habrá que contar con ello a la hora de continuar con este proyecto.  
Por otra parte, será interesante valorar la repercusión que pueda tener la implantación de la consulta virtual en las distintas especialidades respecto a la demanda de Urgencias.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1544 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1544

Título  
INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

### 1. TÍTULO

#### INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PABLO GIMENO INMACULADA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, RAMON CASANOVA RICARDO, LAPLAZA ARA SONIA, MONTERO MORATA CARLOS, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: URGENCIAS  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual.
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

#### MÉTODO

- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

#### INDICADORES

- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

#### DURACIÓN

Durante todo el año 2017.  
Reunión en la primera quincena de Julio.  
Se realizará a final de 2017 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) .:  
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA JANER SUBIAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BINEFAR  
· Localidad ..... BINEFAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA  
BOZAL CORTES MARIA JESUS  
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intervención educativa de carácter individual se realiza mediante dos citas a lo largo de un año, en función del grado de control de asma de cada niño. Una vez seleccionados los niños asmáticos o con hipersensibilidad bronquial a través del programa informático OMI-AP, se contactó con la familia mediante vía telefónica informándoles brevemente de la educación individual y concertando una cita de 20 minutos de duración para ello. Estas citas se llevaron a cabo por la Enfermera de Pediatría durante los meses de octubre y noviembre, haciendo coincidir así con la campaña de vacunación antigripal anual y aprovechando la cita además de para la educación individual, para la administración de dicha vacuna.

En esta 1ª cita se explicó y se rellenó junto a la familia el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón, y se completaron los datos correspondientes en OMI. Dado que se disponía de pocos ejemplares en el centro, los meses previos contactamos con Salud Pública para poder repartir documentos a todos los niños. En él, quedan registrados los antecedentes personales y familiares, los desencadenantes conocidos y estudios complementarios realizados. Se insiste a la familia llevarlo siempre a cada visita relacionada con el asma de su hijo.

En esta visita también se rellena y entrega a la familia dos documentos:

- 1) el plan de seguimiento del asma, donde explica el tratamiento personalizado que cada niño debe seguir (de acuerdo con el tratamiento ya pautado por su pediatra, o concertando una cita con pediatría en caso de necesidad de modificación) y se aprovechó para repasar la correcta técnica de administración e insistir en llevar a las futuras visitas su cámara de inhalación. Se educa a la familia para saber reconocer los síntomas de mal control.
- 2) El plan de actuación ante una crisis asmática, dejando claro a los responsables del niño los síntomas que deben reconocer y la medicación que deben administrar en caso de crisis. Por último, se administra la vacunación antigripal y se informa que se les avisará para una segunda cita del seguimiento del asma que tendrá lugar en los meses de abril - mayo aproximadamente, siempre y cuando no presenten ninguna exacerbación previa que precise control médico con anterioridad.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%): 30/34 = 88,23%
- Prevalencia de niños asmáticos (5%) 34/1623 = 2.1%
- Proyecto en desarrollo, pendiente de finalización para obtener más resultados e indicadores propuestos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 5%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad.
- Mejoría en la educación de familiares: se espera conseguir una mejoría en el seguimiento y en las exacerbaciones implicando más a la familia en el tratamiento del niño mediante un mejor conocimiento de la enfermedad.
- Con el desarrollo de este proyecto, se espera conseguir una disminución de las visitas a urgencias por asma gracias a su mejor control domiciliario y a la precocidad del tratamiento adecuado.
- Pendiente de finalización para obtener más conclusiones.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1271 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1271

Título  
MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

**Autores:**  
JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, BOZAL CORTES MARIA JESUS, DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio  
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 asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.  
En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Reforzar los conocimientos sobre la patología, sus desencadenantes y su tratamiento.
- Prevención del tabaquismo pasivo/activo en adolescentes.
- Reconocimiento por parte de la familia y paciente de una crisis de asma y su actuación.
- Mejorar la adhesión al tratamiento crónico y conseguir un mejor control del asma.
- Evaluar con la familia las técnicas de inhalación y conseguir un buen uso de los distintos inhaladores.
- Aumentar la proporción de niños asmáticos vacunados de gripe estacional.
- Mejorar el diagnóstico del niño asmático y su registro en OMI-AP.
- Resolución de dudas acerca de su patología.

#### MÉTODO

Se concertarán un mínimo de 2 citas anuales, según el grado de control del asma de cada niño. Se informará a la familia telefónicamente de la actividad, programando la primera visita (Enfermería pediátrica), donde se aportarán y explicarán, de forma individualizada y por escrito:  
- Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón: antecedentes personales y familiares, desencadenantes conocidos, estudios complementarios realizados. Rellenar los datos que falten en el programa OMI-AP.  
- Plan de seguimiento del asma: tratamiento farmacológico de mantenimiento y técnica correcta de administración. Reconocimiento de síntomas en caso de asma mal controlado.  
- Plan de actuación ante una crisis asmática: reconocimiento de los síntomas y actuación en domicilio.  
- Recomendación de la vacunación antigripal.  
En una segunda visita (Pediatría), se realizará un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del control del asma en niños (CAN). Se valorará el impacto del asma desde la visita anterior: ingresos hospitalarios, visitas al centro de salud o a urgencias, absentismo escolar. Se completará el plan de seguimiento en el programa OMI-AP. En esta consulta, se realizará un repaso a los planes individualizados de tratamiento y a las técnicas de inhalación, modificando las dosis si fuera necesario, se reforzará la adherencia al tratamiento y se realizará educación sanitaria acerca de los desencadenantes, así como la solución de posibles dudas. El resto de visitas se realizarán en consultas de Pediatría o de Enfermería pediátrica, según la evolución del asma del paciente.  
Se informará a los profesionales del centro de salud (CS) de la realización del proyecto, mediante una sesión clínica: explicar el proyecto, participación en él, correcto registro en OMI-AP de las exacerbaciones y cambios en el tratamiento agudo, derivar a las consultas de Pediatría a aquellos niños en los que se observe un mal control de su patología desde las visitas a Atención Continuada.

#### INDICADORES

- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" ( <15%)
- N°niños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Grupo de vías respiratorias de Aragón/Nºniños asmáticos totales (80%)  
- Nºniños o familiares que acuden a las 2 visitas/nºtotal de niños asmáticos convocados (70%)

#### DURACIÓN

- Revisión bibliográfica y creación del protocolo: Junio 2018. Equipo de Pediatría (EP).
- Contacto telefónico con las familias de niños asmáticos: Septiembre-Octubre 2018. EP
- Sesión clínica sobre el proyecto al EAP: Octubre 2018. CS.
- Primera visita programada: Octubre-noviembre 2018. Enfermería.
- Segunda visita programada: Abril-Mayo 2019. Pediatría.
- Resultados del proyecto: Junio-Agosto 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 - 2018/1335

### 1. TÍTULO

#### **DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES**

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BINEFAR  
· Localidad ..... BINEFAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES  
MARTINEZ SENTIS VICENTE  
ROMERO NEVADO FERMIN  
IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA  
CASTILLON LOSCERTALES ANA  
MOTIS MONTES GABRIEL  
SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Reuniones de trabajo para búsqueda de bibliografía sobre criterios diagnósticos y de manejo de disfagia.  
Presentación de taller de disfagia realizado en otros centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Preparación de sesión a presentar a los trabajadores de centros residenciales de los centros dependientes de los C.S. Binéfar y Tamarite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
El equipo aprecia la importancia del abordaje multidisciplinar de la disfagia para la prevención de sus complicaciones.  
Pendiente de presentar en el próximo trimestre las sesiones a los gerocultores, en pequeños grupos.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1335 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1335

Título  
DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Autores:  
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES, MARTINEZ SENTIS VICENTE, ROMERO NEVADO FERMIN, IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología: Senilidad  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
El progresivo envejecimiento de la población en Aragón (el 21% de la población en Aragón es mayor de 65 años), asociado al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas (tales como demencia o enfermedad de Parkinson), hace que la aparición de disfagia orofaríngea, sea cada vez más común. Entendemos por disfagia orofaríngea, la dificultad para tragar que se produce a nivel faríngeo, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer proceso de la deglución. Esta dificultad además de suponer una pérdida de calidad de vida al paciente, es un factor de riesgo de broncoaspiración y sus consecuencias. Si bien el diagnóstico precoz de la disfagia es importante para poderla abordar, también lo es el adecuado

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

### 1. TÍTULO

#### **DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES**

manejo de la misma por parte de los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de dicha alteración.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Revisar los criterios diagnósticos de disfagia en población de riesgo, para mejorar la detección precoz de la misma.  
Revisar las recomendaciones en cuanto a alimentación de los pacientes afectos de disfagia.  
Fomentar la realización de planes de cuidado específicos e individualizados de disfagia orofaríngea entre los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de disfagia.  
Disminuir el riesgo de broncoaspiración entre los pacientes con disfagia.

#### MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs de los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite para revisar tanto los criterios diagnósticos como los planes de cuidado específicos para este tipo de paciente, haciendo especial hincapié sobre el uso de espesantes en las diferentes texturas recomendadas, según el grado de disfagia que presente el paciente.  
Realización de talleres dirigidos a cuidadores y familiares de los pacientes institucionalizados en las residencias de la Comarca de La Litera de Huesca.

#### INDICADORES

- Valoración de número de pacientes registrados en OMI con diagnóstico de disfagia antes y después de la intervención.
- % de auxiliares de geriatría que asisten a los talleres, del total de auxiliares trabajadores de las residencias de la Comarca de la Litera de Huesca.
- nº de diagnósticos de broncoaspiración antes y después de la intervención

#### DURACIÓN

Duración aproximada 1 año.  
3º trimestre 2018\_ Creación de grupo de trabajo del abordaje de la disfagia, búsqueda de datos sobre prevalencia de disfagia, revisión de criterios diagnósticos.  
4ª trimestre 2018\_ Elaboración de planes de cuidados específicos y elaboración de talleres a impartir a los auxiliares de geriatría trabajadores de los centros sociosanitarios de la comarca.  
1º trimestre 2019\_ Presentación en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite del Proyecto de Calidad, Presentación de los talleres sobre el conocimiento y el manejo de la disfagia.  
2º trimestre de 2019\_ Evaluación de la intervención.

#### 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 - 2016/1043

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Fecha de entrada: 01/07/2017

2. RESPONSABLE ..... JOSE MIGUEL MONTERDE GUERRERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA BELLO MARIA JESUS  
YSEBIE RONSE ISABEL  
FRANCO ANGUSTO REYES  
PALLAS COTS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han creado huecos de consulta a demanda a las 9 horas, para usuarios que, por motivos laborales o de desplazamiento, no pueden acudir a las horas establecidas de consulta a demanda.  
- Se han creado huecos en las agendas con el acto DEMNP para no interrumpir la consulta. El sanitario llama al final de la mañana a los usuarios allí anotados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se propusieron indicadores "actos 9 utilizados/actos 9 creados" o "demnp utilizados/demnp creados" pero creemos quees sobrecargar a los servicios de informática para conseguir estos indicadores.  
La finalidad principal era mejorar estas agendas y mejorar la accesibilidad del usuario y con esta modificación de agendas ya lo hemos conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al modificar agendas, se ha conseguido mayor accesibilidad y no interrumpimos la consulta para pasar llamadas o para solicitar autorización para una cita fuera del horario habitual.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1043 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1043

Título  
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Autores:  
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, GARCIA BELLO MARIA JESUS, MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL, YSEBIE RONSE ISABEL, FRANCO ANGUSTO REYES, PALLAS COTS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1. Dificultad de determinados usuarios para acceder a consulta médica por coincidir ésta con su horario laboral o implicar desplazamientos considerables.  
2. Interrupciones de la consulta para atender llamadas de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Facilitar acceso a consulta presencial estableciendo huecos a las 9 h. para ser ocupados por usuarios que no pueden acudir a otras horas.  
2. Evitar la interrupción de la consulta creando huecos en las agendas para atender la demanda no presencial.

MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1043

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

##### Agendas de omi:

1. Creación de un hueco de demanda (con situación "indemorable") a las 9h. en los días que otras actividades lo permitan (reunión de Equipo, domicilios, citas programadas,...)

2. Creación de 3 huecos hacia el final de la mañana con acto dnp (demanda no presencial)

##### Procedimiento de cita:

1. Utilizar el hueco de las 9h. para usuarios a los que les sea imposible acudir a otra hora de las ofertadas en las agendas.

2. Citar en hueco "dnp" a los usuarios que deseen contactar telefónicamente con su médico, poniendo en "observaciones" el numero de teléfono al que debemos llamar.

##### INDICADORES

Num. Huecos usados demanda indemorable/Num. De huecos creados como demanda indemorable

Num. Huecos usados con acto DNP / Num. Huecos creados DNP

##### DURACIÓN

Modificación de agendas: 31-10-2016

31-03-2017 evaluación de resultados.

30-06-2017 evaluación de resultados.

30-09-2017 evaluación de resultados.

30-12-2017 evaluación de resultados.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... : 3 Bastante  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... : 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... : 4 Mucho

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461**

**1. TÍTULO**

**FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS**

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT GUILLEN PEREZ  
 · Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
 · Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
 · Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION  
 · Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
 ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
 - Información en reunión del EAP del proyecto.  
 - Elaboración y actualización de octavillas informativas  
 - Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP  
 - Información verbal a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PIN's GENERADOS

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0	3	#DIV/0!
1001130102V	15	100	566,67%
1001130103H	7	86	1128,57%
1001130104L	1	1	0%
1001130105C	5	46	820,00%
1001130201R	2	53	2550,00%

Casilla "SMS" activada:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	1	3	200,00
1001130102V	39	125	220,51
1001130103H	45	119	164,44
1001130104L 0	4	#DIV/0!	
1001130105C	43	85	97,67
1001130201R	32	71	121,88

Citas dadas por "web"

CIAS	2016	2017	INCREM.
0101Q	18	20	11,11
0102C	28	91	225,00
0103H	63	107	69,84
0104L	186	171	-8,06
0105C	42	86	104,76
PEDIATRIA	8	41	412,50
ENF-APL	6	13	116,67
ENF-RAB	8	15	87,50
ENF-MLM	19	15	-21,05
ENF-JAGG	0 8	#DIV/0!	
ENF-RMG	0	0	#DIV/0!
TOTAL AÑO	378	567	50,00

OBTENCIÓN DE DATOS: Se ha necesitado de la intervención del CAU para facilitarnos datos sobre número de PIN generados y número de casillas "SMS" activadas en BDÚ.  
 Se ha necesitado la intervención de Informática de Barbastro que nos ha facilitado el número de citas obtenidas por "Web".  
 Se hizo una previsión de incrementar en un 15% estos datos. Los resultados han sido mucho mayores, lo cual es lógico ya que partíamos de cero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que el proyecto es muy interesante, ya que potencia la autonomía del paciente, implicándolo en la buena gestión de sus citas y aumentando su información con respecto de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1461

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

### 1. TÍTULO

#### FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

\*\*\*\*\* \*\*

Nº de registro: 1461

Título  
FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:  
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario

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

PROBLEMA  
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.  
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.  
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan  
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.  
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS  
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:  
• A través de Internet, en [www.saludinforma.es](http://www.saludinforma.es)  
• Mediante la APP "saludinforma"  
Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):  
• La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.  
• La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en [www.saludinforma.es](http://www.saludinforma.es) a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.  
El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO  
• Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.  
• Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.  
• Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos  
• Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES  
Cada año solicitaremos los siguientes datos:  
• Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.  
• Número de PIN generados en BDU.  
• Número de citas dadas en OMI con la clave "web"  
Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461**

**1. TÍTULO**

**FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS**

1001130105C	5				
1001130201R	2				
Casilla "SMS" activada:					
CIAS	ENERO-17/ENERO-18/INCREM.				
1001130101Q	1				
1001130102V	39				
1001130103H	45				
1001130104L	0				
1001130105C	43				
1001130201R	32				
Citas dadas por "web" **					
CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:			2460		
1001130104L:	492				
1001130105C:	1476				

\*\*dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

**DURACIÓN**

Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.

El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

**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 - 2016/1474**

**1. TÍTULO**

**MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)**

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA ESPIER LLORENS  
 · Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
 · Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
 · Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION  
 · Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUELLO RIVAS MARIA CARMEN  
 GRASA CORTINA MARIA DOLORES  
 TAMBORERO SAYOS MONSERRAT  
 GARCES ABADIAS PILAR  
 LAPORTA ANTON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FORMACION: Se han llevado a cabo los siguientes encuentros formativos promovidos dentro del Sector:

- Aplicación HERMES para comunicar Partes al Juzgado.
- Cargos a Terceros. BBDD del INSS (ATT77)
- Asistencia Sanitaria y Gestiones electrónicas impartido por personal del INSS
- Encuentro entre Servicios de Admisión de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Formación para personal de admisión de AE sobre los datos contenidos en BDU. Dar a conocer el APP de Salud Informa, obtención de PIN y comunicación por "SMS" de las citas.

Promovido por la Unidad Docente:

- Taller de RCP Básica y manejo del DESA para personal no sanitario.

En cuanto a la actividad diaria, se ha seguido con:

- Comunicación por correo electrónico con los diferentes Servicios hospitalarios para informar de cambios de domicilio o teléfono
- solicitar cambios o anulaciones, o unir citas.
- Desde AP se accede al Programa Asistencial del Hospital, para dejar en PRECITA a pacientes que no podemos citar en LEE o que no entran en Interconsulta Virtual.
- Se utiliza plenamente la aplicación de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA de la Intranet del Sector para solicitud o envío de informes:

o Para el hospital de Barbastro

o Enviamos por esta misma vía los informes a Inspección de Huesca, con encriptación automática del documento.

o Recientemente se ha añadido el envío, a través de esta misma aplicación, de las solicitudes de informes al Hospital de San Jorge, también con encriptación automática del documento.

- Desde Admisión de AP, se está trabajando en dar a conocer a los usuarios las nuevas formas de contacto e información de citas: APP, SMS, obtención de PIN. Para ello se han elaborado trípticos informativos para los usuarios. Con esto esperamos una mayor implicación del usuario con sus citas y la consiguiente disminución del absentismo a las visitas de especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Realizada la revisión "C" del PO-08 Manual de Coordinación de los Servicios de Admisión Primaria y Especializada.

- Accedemos a la precita del hospital para registrar citas.

- Nos comunicamos por correo electrónico. El uso del fax es prácticamente inexistente.

- ABSENTISMO. Seguimiento. (tabla 1)

Centro de Salud	2017	2016
ABIEGO	11%	5%
AINSA	13%	10%
ALBALATE	11%	10%
BARBASTRO	11%	10%
BENABARRE	13%	12%
BERBEGAL	8%	7%
BINEFAR	11%	9%
CASTEJON	17%	11%
FRAGA	17%	17%
GRAUS	10%	7%
LAFORTUNADA	9%	10%
MEQUINENZA	37%	15%
MONZON RURAL	9%	7%
MONZON URBANO	13%	11%
TAMARITE	13%	11%
PROM. S. BTRO.	12%	10%

- Seguridad, rapidez y trazabilidad de las gestiones de solicitud y envío de informes con el Hospital de Barbastro, el de San Jorge y con la Inspección Médica mediante la aplicación "Documentación Clínica" de la Intranet del Sector.

- PIN-SMS por Centro de Salud:

ZONA           SMS           PIN

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

ABIEGO	0	3
AINSA	159	141
ALBALATE	253	205
BARBASTRO	252	362
BENABARRE	10	57
BERBEGAL	18	7
BINEFAR	801	405
CASTEJON	421	305
FRAGA	1190	262
GRAUS	515	390
LAFORTUNADA	61	23
MEQUINENZA	11	43
MONZON RURAL	33	56
MONZON URBANO	101	371
TAMARITE	781	84
TOTALES 2017	4606	2714

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras varios años de encuentros formativos, tanto de los servicios de Admisión de AP como de éstos con Admisión de Especializada, valoramos muy positiva y necesaria esta coordinación, que ha hecho que nos conozcamos, hemos simplificado y unificado gestiones, hemos diseñado sistemas de comunicación entre AP-AE más rápidos y seguros, eliminando fax, fotocopias, correo en papel,...etc.  
El usuario no tiene que desplazarse al hospital para realizar sus gestiones, ya que las canalizamos desde Admisión de los distintos CC.SS. del Sector de Barbastro.

#### 7. OBSERVACIONES.

Tenemos pleno apoyo y reconocimiento de la Dirección de nuestro Sector y desde aquí nuestro agradecimiento, pero echamos en falta apoyo para mejorar o diseñar herramientas de trabajo que cubran las necesidades actuales.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1474 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1474

Título  
MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Autores:  
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, CUELLO RIVAS M CARMEN, GRASA CORTINA DOLORES, TAMBORERO SAYOS MONSERRAT, GARCES ABADIAS PILAR, LAPORTA ANTON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.).  
Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
  - Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
  - Implementar las novedades en procesos administrativos.
  - Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
  - Primeros auxilios para personal no sanitario
  - Eliminación del uso de fax para pedir citas.
  - Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
  - Seguimiento del absentismo en A Especializada
  - Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
  - Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
  - Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.
- En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

#### MÉTODO

- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y PO-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en la citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

#### INDICADORES

- N° de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- PO-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

#### DURACIÓN

- 1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
- 2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
- 3er. trimestre: Reunión AP-AE
- 4º trimestre: Actualización PO-08

#### 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 - 2016/0479

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PEREZ MELIZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALVAREZ NOGUERO NIEVES  
MAULEON PELLON MARIA PILAR  
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA  
GARCIA SANJUAN GEMA  
CLAVERO PEREZ MANUEL  
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA  
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se designa un responsable.  
Se verifica la implicación tanto de profesionales sanitarios como de alumnos y profesores.  
Se prepara temario adecuado para cada curso de alumnos.  
Se coordinan días de talleres con el profesorado del Colegio.  
Para los niños más pequeños utilizamos dispositivos visuales y auditivos para facilitar la enseñanza.  
Se valora la metodología utilizada mediante preguntas al finalizar el taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Hemos intentado implicar a la población en los procesos asistenciales, así como a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado.  
Conseguimos mayor seguridad y satisfacción de todo el personal implicado en el proyecto.  
Mejoramos la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones corectas desde el inicio.  
Aumentamos la satisfacción de alumnos y profesores an cuanto a primeros auxilios.  
En relación con los indicadores, el número de preguntas acertadas por el alumnado ha llegado casi al 100% de aciertos, superando con creces el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Dada la importancia de conocer una RCP básica y primeros auxilios, hemos determinado junto con el profesorado desarrollar este tipo de taller una vez al año para afianzar conceptos. Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/479 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0479

Título  
TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Autores:  
PEREZ MELIZ MARIA PILAR, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....: Educación para la salud  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

##### PROBLEMA

En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación. Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención. Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica. Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados. Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio. Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario. Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud. Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

##### MÉTODO

Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores. Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar. Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres. Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

##### INDICADORES

Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

##### DURACIÓN

Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

### 1. TÍTULO

#### CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALONSO BERGES RAQUEL  
PUYUELO LARDIES ASUNCION  
MORET MARTINEZ MARIA LUISA  
FRANCH FERRER MONSERRAT  
ALVAREZ NOGUERO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Dotacion y puesta en funcionamiento del carro de paradas  
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables  
Sesion clinica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se consiguen los objetivos marcados con exito. Se cumplen los objetivos propuestos en el proyecto. Se ha establecido un calendario de revisiones y se han asignado responsables. Se ha realizado sesion clinica para presentacion de carro y para asignación de responsable y elaboracion de calendario de revisiones.  
Indicadores utilizados:  
- Numero de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%  
- Numero de sesiones formativas/año => 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Una vez puesto en funcionamiento del Carro de paradas, el objetivo a seguir es mantenimiento del carro de paradas segun calendario y normas de uso, actualización si procede, y mantener y actualizar el conocimiento al respecto, asicomo el reciclaje periodico del personal.

7. OBSERVACIONES.  
Estamos pendientes de que la comsion del Medicamento se pronuncie sobre la solicitud de incluir medicación que consideramos importante: actocortina amp, Tranxilium 50 mg am y Distraneurine.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0486

Título  
CARRO DE PARADAS

Autores:  
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONSERRAT, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Urgencia Vital  
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....: Otro (especificar en siguiente punto)  
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA  
En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordar una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

### 1. TÍTULO

#### CARRO DE PARADAS

##### RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la atención del paciente con una urgencia vital  
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.  
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal  
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

##### MÉTODO

Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función  
Organización y distribución del material y los componentes materiales del C.P.  
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables  
Sesiones clínicas

##### INDICADORES

- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%  
- Número de sesiones formativas/año => 1

##### DURACIÓN

Duración: un año a partir del 6 de octubre de 2016.  
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes  
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables  
Sesiones clínicas formativas.

##### OBSERVACIONES

Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atención Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

##### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

### 1. TÍTULO

#### EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ALONSO BERGES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PUYUELO LARDIES ASUNCION  
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO  
MORED MARTINEZ MARIA LUISA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo (13 DE MARZO DE 2017) sesión clínica de pie diabético, registro de datos en OMI y consulta en cuadro de mandos; así como un taller de ITB.

En las reuniones de equipo periodicamente se recuerda la necesidad de visita periodica al cuadro de mandos de diabetes.

Realización de la valoración y exploración de pie diabético, recomendando la realizacion de ITB a todos los diabeticos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

pacientes con valoracion riesgo pie diabetico realizado/ nº pacientes diabeticos=104/215 =48% standar >70%

pacientes con exploracion pie diabetico realizada/ nº pacientes diabeticos=132/215= 61% standar >60%

pacientes ITB realizado /nº pacientes diabeticos=  
84/215=39% standar >40%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

se ha conseguido realizar las exploraciones de pie diabetico propuestas pero resta aumentar las valoraciones del riesgo en un 22% .  
respecto a la realizacion del ITB practicamente hemos conseguido el standar propuesto

Proponemos insistir en la realizacion conjunta de la valoracion del riesgo y exploracion del pie igualando los standares propuestos al 60% .

Reforzar el esfuerzo en la realizacion del ITB en las exploraciones y mantener el mismo standar de 40%

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/698 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0698

Título  
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:  
ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MORED MARTINEZ MARIA LUISA, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASAS AGUSTENCH NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:  
-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

### 1. TÍTULO

#### EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Enfoque .....: Prevención/Detección precoz  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%.

Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.

Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabético trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

##### RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA

IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

##### MÉTODO

Realizar sesión clínica recuerdo de exploración de pie diabético, registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periódica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabético y realizar la exploración según la clasificación del riesgo

##### INDICADORES

Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

##### DURACIÓN

INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.

REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE

(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 3 Bastante  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS CASTEJON DE SOS
- Localidad ..... CASTEJON DE SOS
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA

PEREZ MELIZ MARIA PILAR

VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En lugar de crear un registro en papel ( Proyecto previo 2016\_0293) "Creación de un registro para mejorar la comunicación interprofesional en el P.A.C de Benasque" se decide modificar agendas y ampliar el proyecto a toda la Zona de Salud creando un registro informatizado: Proyecto 2016\_1402 : "Creación de un circuito para mejorar la comunicación asistencial interprofesional en la Zona de Salud de Castejón de Sos". Así preservamos la L.O.P.D. El proyecto 2016\_1402 tiene la misma finalidad que el 2016\_0293 pero en distinto formato. Se designan responsable del proyecto.

Se realiza sesión informativa.

Se crea un registro de comunicación interprofesional sencillo, que, después de ser consensado por los distintos profesionales, se decide sea informatizado a través de modificación en las agendas OMI.

\* Creación de huecos "admin" en color verde, destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.

\* Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto " extra" (derivado de otro profesional). En este apartado es importante que si el paciente no acude, este hecho quede registrado ( marcar al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.

Se comprueba la puesta en marcha del registro y se anotan distintas incidencias.

Se crea un flujograma explicativo y se distribuye a todos los profesionales.

Se envía correo electrónico interno el 9 Noviembre 2017 a todos los profesionales recordando el proyecto y cómo registrarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha conseguido que el registro sea rellenado por los distintos profesionales, pero se ha puesto en marcha el proyecto.

Se ha intentado implicar a los distintos profesionales y se ha intentado cumplir los objetivos.

Se ha mejorado la atención del usuario en la Zona de Salud tras mejorar la comunicación interprofesional.

Ha mejorado la asistencia de calidad.

Ha aumentado la seguridad a la hora de desarrollar los procesos asistenciales.

Han disminuido los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.

Se garantiza la LOPD.

Ha aumentado la satisfacción de los profesionales.

No se han pedido datos al servicio de informática para elaborar la información en relación a los indicadores porque aunque el proyecto 2016\_1402 está bien informado y diseñado, no se han utilizado suficientemente esos huecos habilitados. Aportaremos dichos datos en la siguiente convocatoria y haremos especial hincapié en el desarrollo del proyecto ya que creemos es una buena herramienta de comunicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tenemos que seguir insistiendo en que no se haga transmisión verbal sino registrada en los huecos habilitados.

7. OBSERVACIONES.

En el correo electrónico enviado a los profesionales del Centro se explica lo siguiente:

" Se ha puesto en marcha el programa de comunicación interprofesional en el Centro de Salud. Os hemos dejado un flujograma explicándolo en cada casillero.

Es muy sencillo, sirve para mejorar la comunicación sobretodo desde A.C a titulares y viceversa. Os explico brevemente aquí.

Se crearon huecos verdes "ADMIN" en cada agenda, tanto de A.C. como de titulares de mañanas; nos indica que debemos abrir la historia porque debemos de estar informados de dicho paciente por el motivo que sea.

En el caso en que un paciente creamos conveniente que debe de ser visitado en consulta por otro profesional (E.A.C, médico de familia, pediatra...) lo citaremos cambiando un acto de demanda por otro que pone "EXTRA", ( derivado de otro profesional); en este caso, si no acude a consulta, debemos clicar en "no acudió". En caso de que sea un domicilio, se clicará "EXTRA" y en observaciones añadiremos que es un domicilio.

En una próxima reunión lo explicaré, o si tenéis alguna duda me lo comunicais. Gracias".

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1402 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Nº de registro: 1402

Título  
CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Autores:  
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA, GARCIA SANJUAN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.  
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad  
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.  
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS  
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.  
Ofrecerle una asistencia de calidad.  
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.  
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.  
Garantizar la LOPD.  
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.  
Aumentar la satisfacción de los profesionales

MÉTODO  
Designar responsable.  
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.  
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.  
Modificación agendas OMI.  
Creación de huecos "admin" en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.  
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto "extra": DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.  
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

INDICADORES  
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.  
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

DURACIÓN  
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.  
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes "admin."  
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar el circuito.  
Finalización: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402**

**1. TÍTULO**

**CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS**

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 - 2016/1408

### 1. TÍTULO

#### RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
-SOLICITUD MATERIAL PARA REALIZACIÓN PROYECTO.  
-CONCRETAR LUGAR Y DÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.  
-REALIZACIÓN ACTIVIDAD:01-2017 Y 02-2017  
-INFORMAR PROYECTO EN CONSEJO DE SALUD:06-2017 Y 11-2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
-ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD:29-06-2017 Y 09-11-2017  
-RESULTADOS DEL TEST INICIAL EN RELACIÓN CON EL TEST FINAL >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La valoración ha sido positiva tanto en la ejecución como en los resultados obtenidos.Las personas que han participado en las actividades han manifestado su satisfacción con ellas por la información que aportan y la importancia que tienen en las situaciones de compromiso vital.  
Esperamos seguir con el proyecto y si es posible aumentar el nº de personas a las que va destinado.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1408 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1408

Título  
FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Autores:  
GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.  
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretodo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.  
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

### 1. TÍTULO

#### RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

##### RESULTADOS ESPERADOS

- .Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
- .Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
- .Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
- .Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
- .Familiarizarse con el DESA y su manejo..

##### MÉTODO

- Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
- Preparar presentaciones teóricas.
- Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
- Pasar test pre y pos formación.
- Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria

##### INDICADORES

- Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
- Nº de talleres = 0 > 1
- Aumento de la puntuación de los participantes en el test, tras la formación.

##### DURACIÓN

- Enero-Diciembre 2017
- Consejo de salud: mayo-junio 2017
- Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
- Cursos de RCP Básica: 3 horas
- Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

##### 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 - 2018/0177

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS GARCIA BELLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALONSO BERGES RAQUEL  
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se informó del proyecto en reunión del EAP  
Solicitó y recibió el MAPA y el tensiometro detector de arrimias (este hace 3 meses).  
Se creó la agenda para la realización del MAPA  
Se programó la distribución del MAPA entre los distintos cupos del centro  
Se realizaron sesiones clínicas y talleres de manejo e interpretación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
-nº de sesiones formativas: 3 registradas en el acta de sesiones ( 2 en noviembre del 2017 y 1 en noviembre del 2018.Objetivo: >2  
-nº de MAPAS realizados: 42 .objetivo:=> 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Pensamos que ha sido util la introducción del MAPA en el diagnostico, control y seguimiento de nuestros pacientes hipertensos y pensamos en continuar con el proyecto para normalizar en todos los cupos su uso y además introducir de un modo parecido al MAPA, el tensiómetro detector de aritmias, ya que no hemos tenido tiempo de implantarlo por recibirlo hace poco tiempo.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/177 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0177

Título  
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:  
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ALONSO BERGES RAQUEL, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnostico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca"al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico, en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y, en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores, que permitan evitar el efecto "bata



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

blanca", que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente, como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.
- Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
- Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
- Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
- Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios y profesionales.

#### MÉTODO

- Información del proyecto en reunión del E.A.P.
- Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
- Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
- Solicitar Tensiómetro con detector de arritmias. Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
- Crear agenda para la realización MAPA.
- Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

#### INDICADORES

- Nº de sesiones formativas = > 2.
- Nº de MAPAS realizados => 10

#### DURACIÓN

Noviembre 2017-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 - 2018/1446

### 1. TÍTULO

#### FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL YSEBIE RONSE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALONSO BERGES RAQUEL  
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Primera reunión con los distintos instituciones colaboradoras prevista el 25/02/2019 (instituto, colegio, residencia de ancianos, servicios sociales y ayuntamiento, Centro de salud)

La idea es crear un activo para la salud para que se puedan apuntar a los mayores del valle a la actividad a través de una derivación por parte de los profesionales médicos del CS de Castejón de Sos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
se hizo una primera propuesta del proyecto en el consejo de salud en dic 2018 con buena acogida. Se decide ampliar el proyecto a todos los mayores del Valle. El alcalde quiere organizar un transporte para que los mayores de los pueblos puedan acudir a las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
parece que el proyecto tiene una buena acogida por las instituciones colaboradoras.

7. OBSERVACIONES.  
La escasez de tiempo debida a la carga de trabajo nos impide desarrollar el proyecto con más agilidad.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1446 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1446

Título  
SALUD COMUNITARIA: FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Autores:  
YSEBIE RONSE ISABEL, ALONSO BERGES RAQUEL, GONZALEZ FERNANDEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

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

PROBLEMA  
Los ancianos pasan gran parte del día sentados y con escasos estímulos. Los RRHH con los que cuenta le residencia no son suficientes para poder cubrir esas necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS  
Aumentar el bienestar y estimular la actividad física y agilidad mental de los residentes.  
Fomentar en los jóvenes valores como el, compromiso, respeto y la empatía con los mayores.

MÉTODO

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1446**

**1. TÍTULO**

**FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS**

Realizar una vez por semana paseos, gimnasia gerontológica y/o actividades lúdicas.

**INDICADORES**

nº de residentes implicados/nº de total de residentes=40%

nº de alumnos del instituto implicados/ nº de alumnado del instituto=10%

nº de alumnos del colegio implicados/nº de alumnado de colegio=10%

**DURACIÓN**

inicio: septiembre 2018

duración: curso escolar

**OBSERVACIONES**

la idea del proyecto de salud comunitaria es que a lo largo del tiempo, los alumnos obtengan suficiente empoderamiento para llevar a cabo las actividades sin nuestra supervisión.

**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 - 2018/1493

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL ALONSO BERGES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CASTEJON DE SOS  
· Localidad ..... CASTEJON DE SOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión clínica para presentar el proyecto y un pequeño taller para adiestrar a los profesionales sobre el registro de los pacientes tratados con NACO en TAONET.  
Busqueda activa de los pacientes tratados con NACO a través del Servicio de Farmacia DE ATENCIÓN PRIMARIA ( María José Buisan). Se reparte un listado entre los profesionales para su posterior registro en OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Pacientes con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes tratados con NACO= 23/28 = 60%  
El standar marcado era de un 10%, la respuesta del equipo ha sido muy positiva.

2. Pacientes tratados con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes registrados en TAONET = 23/80 = 28%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aceptación del proyecto ha sido positiva. en este momento tenemos al 60% de los pacientes tratados con NACO correctamente identificados en la historia clínica.  
Continuaremos este año 2019 revisando a través del listado de pacientes tratados ACOD hasta que el registro se realice de forma sistemática.  
Se pretende llegar al 90% de los pacientes registrados.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1493 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1493

Título  
IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTOS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Autores:  
ALONSO BERGES RAQUEL, YSEBIE RONSE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

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

Del total de los pacientes anticoagulados, sólo existía registro con un ícono específico en OMI para los pacientes tratados con Sintrom. Tras la última modificación de TAONET es posible registrar los pacientes tratados con los NACOS.  
Consideramos que el hecho de tener a todos los pacientes anticoagulados correctamente registrados contribuye a la seguridad del paciente.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1493

### 1. TÍTULO

#### IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

##### RESULTADOS ESPERADOS

Identificar a los pacientes tratados con NACO a través del nuevo registro de TAONET.

##### MÉTODO

busqueda activa de los pacientes que están en tratamiento con NACO y proceder a su registro en el programa de TAONET

##### INDICADORES

pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes registrados en TAONET > 10%  
pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes en tto con NACO

##### DURACIÓN

junio 2018 (coincide con la implantación de la nueva versión del TAONET)

##### 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 - 2018/1321

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DAVID CERVERA VIDAL  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS FRAGA  
· Localidad ..... FRAGA  
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
COLLADOS GRAO LAURA  
PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN  
VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL  
JARNE GER CARLOS  
FORTIT GARCIA JONATAN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se reciben llamadas telefónicas en cuatro de los terminales, lo que se simultanea con la atención al público según acude al centro.

Se han instalado auriculares que facilitan la atención telefónica, así como el teclado a la vez que se está al aparato.

Se realizó difusión de la obtención de cita por internet y a través de la aplicación.

Se ha sintetizado mucha de la información expuesta a los pacientes, lo que permite concentrar más atención en cada mensaje.

Se ha replanteado la disposición de los trabajadores, de modo que no tienen especialización concreta, sino que atienden cualquier tipo de demanda que los pacientes puedan realizar.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A la fecha de cumplimentar esta memoria, el responsable no puede acceder a los datos necesarios para calibrar los resultados alcanzados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A falta de conocer los resultados reales de las medidas adoptadas, puede ser precipitado extraer conclusiones.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1321 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1321

Título  
REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Autores:  
CERVERA VIDAL DAVID, COLLADOS GRAO LAURA, PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN, VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL, JARNE GER CARLOS, FORTIT GARCIA JONATAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Aspectos relacionales  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Administrativo y organizativo

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

#### PROBLEMA

Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336  
Registros en OMI: 51.176  
Altas rápidas: 919

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.

Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palien la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Se espera:

Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas

Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica

Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.

Un ahorro económico a medio - largo plazo.

Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

#### MÉTODO

Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas. Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.

El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.

La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas
2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS
4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes
5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)
6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias
7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

#### INDICADORES

1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

### 1. TÍTULO

#### REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

2. N° de citas obtenidas por web/N° de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

#### DURACIÓN

Inicio: 1ª semana junio 2018

Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará 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 - 2018/0127

### 1. TÍTULO

#### INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ADORACION NOGUERO CARRERA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS FRAGA  
· Localidad ..... FRAGA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES  
AYUDAN PEIRON BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Repostaje del vehículo.
2. Mantenimiento del vehículo: en el taller de referencia (RODI) anualmente. ITV cuando corresponda.
3. Limpieza del vehículo por dentro y por fuera cada 6 meses. El primer día laborable del mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100%. Se realizó el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es más seguro y cómodo para los profesionales mantener el coche en buenas condiciones debido al gran número de salidas que se realizan.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/127 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0127

Título  
INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Autores:  
NOGUERO CARRERA ADORACION, LIDIA CALDERO SANTIAGO, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: No patología  
Línea Estratégica ..: Otras  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS  
Conseguir un buen mantenimiento del vehículo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO  
1. Repostaje del vehículo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga). Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.  
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.  
ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.  
3. Limpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

### 1. TÍTULO

#### INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

##### INDICADORES

- El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
- Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

##### DURACIÓN

- Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
- Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
- Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
- Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
- Calendarios (Anexo 1 y anexo 2)
- Responsables de implantación: El equipo responsable de atención continuada de Calidad.
- Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

##### 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 - 2018/0191

### 1. TÍTULO

#### USA LOS PIES CON CABEZA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR BITRIAN AISA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS FRAGA  
· Localidad ..... FRAGA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA  
DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA  
ARESTE ALBA NURIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la intervención al grupo intervención y se les ha pasado la encuesta a los 6 meses.  
Se les ha pasado la primera encuesta y se ha repetido a los 6 meses.  
Debido a la falta de personal no se ha podido completar la comparación de los grupos con el programa EPICAT.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el grupo intervención ha habido un aumento de media de un 12.22%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la intervención se ha percido un cambio de hábitos, aunque repasando las encuestas vemos que hay algun caso en el que no ha habido ningún cambio. Esto podría deberse a que son costumbre muy arraigadas y posiblemente 1 sesión no sea suficiente para conseguir el cambio.  
La recomendación sería terminar el estudio para poder hacer la comparativa de los grupos y comprobar la efectividad de la intervención.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/191 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0191

Título  
USA LOS PIES CON CABEZA

Autores:  
BITRIAN AISA PILAR, LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA, ARESTE ALBA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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

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

**PROBLEMA**  
La diabetes mellitus es una enfermedad muy frecuente. La prevalencia en nuestro país oscila entre un 4% y un 6%. Un 15% de éstos desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies. El pie diabético afectará a la actividad social, laboral y familiar del paciente y supone un coste elevado. Hasta un 10% de los casos que presentan problemas en los pies requieren ingresos hospitalarios o la amputación de la extremidad afectada.  
Para lograr que los pacientes hagan prevención, es necesario que tengan conocimientos suficientes que les ayuden a integrar las acciones preventivas en su día a día, diversos estudios concluyen que es indispensable el empleo de la educación para la salud, con la finalidad de fortalecer la prevención y el control de los factores de riesgo, la identificación del pie de alto riesgo y la educación diabetológica dirigida a que las personas adopten de forma habitual y sistemática las normas elementales para el cuidado de sus pies y para el control. Por otro lado, existen diferentes estudios donde se concluye que la intervención educativa modifica favorablemente los hábitos de estos pacientes.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0191

### 1. TÍTULO

#### USA LOS PIES CON CABEZA

##### RESULTADOS ESPERADOS

Determinar el cambio de hábitos en el cuidado de los pies en agricultores diabéticos tipo 2, según si han recibido o no educación sanitaria, a los 6 meses de la intervención.

##### MÉTODO

- Cuestionario antes de la intervención y después de esta al grupo intervención.
- Intervención educativa de 1 sesión con una duración de 1 h y 30 minutos.
- Cuestionario antes del verano y después de este en el grupo control.

##### INDICADORES

- Resultados 2º cuestionario- resultados 1er cuestionario % mayor al 10%.
- Mediante el programa Epicat comprobaremos si la intervención es más efectiva en los pacientes para producir cambios que las medidas habituales

##### DURACIÓN

- Enero-Febrero 2018 creación de los grupos.
- Marzo- Abril intervenciones.
- Antes del verano y después de este cuestionario en grupo control.
- A los 6 meses de la intervención cuestionario grupo intervención.

##### 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 - 2018/0316

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS FRAGA  
· Localidad ..... FRAGA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PARDO MIGUEL MARIA PILAR  
SENAR TENA MARIA ESTER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-"Prevención del Cancer de Cuello Uterino" Patricia Millánes,Matrona.  
2-" Dislipemia" Isabel Domingo, MAP.  
3- "Hipertensión arterial" Isabel Domingo,MAP.  
4-"Diabetes" Isabel Domingo, MAP  
5-"Salud mental" Paloma del Pino,Trabajadora Social.  
6-"Cuidado del pie diabético" Nuria Aresté,EAP.  
7-" Encuesta a paciente EPOC" Pilar Bitrian, EAP  
8-" Atención al paciente Adolescente" Jonatan Fortit, MAP, Coordinador de C.S.Fraga.  
9-"Cuando esta indicado hacer una Analítica de Sangre con PSA. Cambios ante aumento de falsos positivos" Paz Navarro, MAP

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como fortalezas adquiridas:

-sinergias con otros actores de la población a la que atendemos, en concreto con un medio de comunicación de prestigio local,que puedan permitir en un futuro un canal de información veraz con la población.  
-descubrimiento de " talentos" de compañeras como comunicadoras en materia de salud

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Proyecto todavía en curso.En un primer momento se proyecto para hacerse 12 emisiones en un arco temporal de un año. Se comentó con la responsable en Radio Fraga pero sólo tenía cabida de Enero a Junio 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

Como dificultades:

-se precisa un acuerdo de equipo en el Centro de Salud para cubrirnos entre nosotras durante la grabación de los episodios. Para evitar que haya menoscabo en la tarea asistencial en un contexto de una población grande que demanda atención y escasos recursos humanos, los cuales llevan a que estas actividades se releguen al voluntarismo de las profesionales (en algunos casos fuera de su jornada laboral con el desgaste personal que esto supone). En última instancia se precisa un apoyo efectivo en materia de recursos humanos por parte de la gerencia del Sector.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/316 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0316

Título  
PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:  
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

##### RESULTADOS ESPERADOS

Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

##### MÉTODO

Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud

Mediante spots informativos de las diferentes campañas ( sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías )

##### INDICADORES

Registro de las actividades realizadas

Objetivo de 12 intervenciones al año

##### DURACIÓN

Intervenciones de 5'-10'

Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización

Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

##### 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 - 2018/0644

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PAZ RUBIO MARTINEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS FRAGA  
· Localidad ..... FRAGA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SASO BOSQUE CRISTINA  
GARCIA SANCHEZ SILVIA  
MARIN FLORIA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se ha solicitado los papeles para realizar la acreditación de la formación, en proceso de tramitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Debido a los cambios de personal y a la falta de este no se ha podido terminar el proceso.  
A pesar de ello, en el 1er trimestre del 2019 se está trabajando en ello, para poder tener la acreditación para el segundo semestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La docencia no se ha dejado de hacer, pero no ha podido ser con acreditación. La recomendación es continuar trabajando en ello para conseguirla.

7. OBSERVACIONES.  
Debido al cambio de personal, ha habido un cambio en la persona responsable del proyecto.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/644 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0644

Título  
ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Autores:  
GARCIA SANCHEZ SILVIA, RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ, MARIN FLORIA ANA BELEN, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SASO BOSQUE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Patología prevalente en la atención diaria  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo objetivos:  
-----

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

PROBLEMA  
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.  
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga  
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

RESULTADOS ESPERADOS  
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DEDOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes  
-Mejora de la atención comunitaria

#### MÉTODO

Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

#### INDICADORES

-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.  
-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad.  
Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

#### DURACIÓN

Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.  
Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

#### 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 - 2016/0022

### 1. TÍTULO

#### TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA SANCHEZ ADRIAN  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... CS GRAUS  
· Localidad ..... GRAUS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un protocolo de Tratamiento conservador de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Sesiones clínicas en CS de Castejón de Sos (09.05.2016) y CS Graus (19.08.2016) para presentación del protocolo de derivación al Equipo de Atención Primaria. Charlas divulgativas en la comunidad acerca del cuidado del Suelo Pélvico (Graus, Secastilla, Lascuarre). Elaboración de un folleto de educación sanitaria con las pautas y fases del entrenamiento muscular del suelo pélvico, que se entrega a todas las mujeres que cumplen los criterios de inclusión para el programa. Puesta en marcha del programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico, que consta de una visita de valoración inicial con la matrona, de 1-5 sesiones de fisioterapia y una valoración final con la matrona.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de mujeres derivadas para iniciar el programa ha sido de: 25, de las cuales 12 cumplían los criterios de inclusión. El número de sesiones ha oscilado entre 1 y 4.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la valoración realizada concluimos que el número de mujeres incluidas en el programa es muy bajo, teniendo en cuenta la alta prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Por ello se realizarán en 2018 sesiones clínicas en los EAP para divulgar el proyecto. Además se observa una mala adherencia al programa de entrenamiento. Por ello se realizará durante el año 2018 un trabajo de investigación cualitativa que indague en los factores asociados a la mala adherencia terapéutica, para poder posteriormente realizar los cambios y mejoras pertinentes.

#### 7. OBSERVACIONES.

Hasta dic de 2016 la persona responsable del proyecto fue Verónica Blanco Gimeno, matrona. El motivo de su retirada fue, que por un concurso de traslados, ya no ejerce en el CS de Graus-Castejón de Sos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/22 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0022

Título  
TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:  
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es muy prevalente en las mujeres de edad avanzada y supone también la forma más común de incontinencia urinaria (IU) en las mujeres menores de 75 años, ya que afecta a casi un 50% de ellas. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente su calidad de vida, ya que reduce su autoestima, merma su autonomía e influye en la esfera

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0022

### 1. TÍTULO

#### TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

de las relaciones sociales.

La IUE se define como la pérdida súbita e involuntaria de orina asociada a cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal. Esto provoca que la presión intravesical aumente y supere a la presión del sistema esfinteriano uretral, en ausencia de contracción del detrusor.

La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, y ésta puede estar reducida por dos causas que pueden coexistir: la "deficiencia esfinteriana intrínseca" y la uretra "hipermóvil", en la que los elementos de sostén de la uretra (entre ellos el suelo pélvico) están debilitados.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Prestar atención sanitaria a la mujer que presenta IUE y cuyo médico de referencia se sitúe en los CS de Graus y Castejón de Sos, con objeto de mejorar su situación clínica y prevenir complicaciones futuras, mejorando así su calidad de vida de forma integral.
- El objetivo se centrará en intentar resolver el problema de su IUE a través de las intervenciones necesarias, tanto asistenciales como de educación sanitaria, con los recursos disponibles en la zona de salud.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar y captar a las mujeres que presentan IUE en las zonas de salud de referencia.
- Proporcionar una asistencia de buena calidad, centrada básicamente en el entrenamiento muscular del suelo pélvico, integrando patrones posturales, motrices y respiratorios adecuados en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Fomentar la autosuficiencia y el autocuidado.

#### MÉTODO

- Elaboración y puesta en marcha de un programa multidisciplinar (matrona-fisioterapeuta) de entrenamiento de suelo pélvico (ESP) en mujeres con IUE
- Establecer los criterios de inclusión y exclusión en el programa de ESP.
- Definir las actividades a realizar, tanto asistenciales como de educación sanitaria, quién las lleva a cabo, cuándo y de qué forma. Establecer un cronograma de actividades.

#### INDICADORES

- Presentación del programa multidisciplinar de ESP en sesiones clínicas
- Número de usuarias incluidas/excluidas en el programa. (para ello habría que realizar alguna adaptación en OMI para poder realizar esta búsqueda).

#### DURACIÓN

- Elaboración del programa multidisciplinar de ESP. Primer trimestre
- Presentación del programa en los EAP. Segundo trimestre
- Puesta en marcha del programa. Tercer trimestre
- Evaluación. Cuarto trimestre

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 1 Nada  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 1 Nada  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 1 Nada  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH  
• Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
• Centro ..... CS GRAUS  
• Localidad ..... GRAUS  
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
• Sector ..... BARBASTRO

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

GUAL PLANAS MONTSERRAT  
LASCORZ GOICOCHEA ANA  
MAGAZ MONTANER RAQUEL  
MARTI JARNE FERNANDO  
CALDERON GRAU PILAR  
MONCUS MURO ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión en Gerencia de Atención Primaria el 21.04.2017, de 13 a 15h con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Área de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación de las UFAP; propuesta de actividad de mejora de calidad para el año 2017. Se concluye en dicha reunión que dentro del Proyecto de Mejora de Calidad: "Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro" se pretende consensuar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia.
- Búsqueda bibliográfica y de Guías de funcionamiento de Unidades de Fisioterapia de diversos centros públicos. Lectura y análisis de cada uno de los documentos. Elaboración de un borrador.
- Reunión en H. de Barbastro el 27.10.2017, de 13 a 15h., con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Sector de Barbastro. Orden del día: Elaboración del documento de Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia. Puesta en común de las conclusiones extraídas en el análisis previo y presentación de diversos borradores. Discusión y aprobación de un documento consensuado.

#### CRONOGRAMA

- 1er TRIMESTRE. Se analiza la situación de las UFAP. Propuesta de elaborar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia dentro del marco del plan de mejora de calidad "Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro".
- 2º TRIMESTRE. Elaboración del documento.
- 3er TRIMESTRE. Presentación del borrador del documento.
- 4º TRIMESTRE. Presentación, discusión y aprobación por consenso del documento.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La existencia de una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia contribuye a mejorar el conocimiento de los usuarios con respecto a este servicio sanitario.
- Dicha guía se exhibirá al público en un tablón accesible en el Centro de Salud donde se ubique dicha Unidad de Fisioterapia, y se le dará a conocer a los usuarios en el momento en que acudan a esta Unidad para recibir atención.
- Así mismo esta Guía ofrece:
  - Información de cómo debe tramitarse la prescripción de Fisioterapia, entregándose en Admisión y no en las Salas de Fisioterapia
  - Indicación de las condiciones en las que debe acudir el usuario a tratamiento, en cuanto a vestimenta, uso de las instalaciones, frecuentación, etc.
  - Advertencia de los riesgos en salud que pueden sufrir determinados usuarios portadores de marcapasos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mejora de la coordinación entre los profesionales
- Disminuir la variabilidad con el consenso con AE de unos criterios mínimos de derivación a las UFAP
- Es necesario continuar con el proyecto en 2018 para poder cumplir la totalidad de objetivos que se marcaron en un primer momento

#### 7. OBSERVACIONES.

Se adjunta la guía de funcionamiento de la Unidad para usuarios

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0082

Título  
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:  
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor  
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- \* En cuanto a los usuarios:
  - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
  - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- \* En cuanto a los profesionales:
  - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- \* En cuanto a la organización/recursos económicos:
  - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

#### MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

#### INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

#### DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA**

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... CS GRAUS  
· Localidad ..... GRAUS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTI JARQUE FERNANDO  
MONFORT FERRIS SUSANA  
MAGAZ MONTANER RAQUEL  
GUAL PLANAS MONTSERRAT  
BUISAN ESPIAS ROCIO  
NAGER OBON VANESA  
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

\* Fecha de inicio del proyecto: 22.06.2018. El proyecto se consensúa en una reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro en el Hospital de Barbastro, en la que asiste la Directora de Enfermería, Ana Monclús.

\* Segunda reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro, celebrada el 30.11.2018 en el Centro de Salud-Pediatría de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación actual de las UFAP. Las fisioterapeutas recientemente incorporados al área de Barbastro manifiestan su voluntad de participar en el AGC 2018-1484. Se les informa y se les hace entrega de la documentación relacionada con el anterior Proyecto de mejora de calidad 2016-0082: El "protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro" y la "Guía de funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia" y la presentación en power point del protocolo de derivación para su uso en las charlas informativas/sesiones clínicas en los Centros de salud.

Se analiza la situación de las UFAP y se comentan las siguientes situaciones:

- La UFAP de Barbastro ha recibido un montante de prescripciones de fisioterapia emitidas por el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro que originalmente iban destinadas a la Sala de Fisioterapia del propio Hospital.
- En la UFAP de Binéfar se observa cómo se derivan a Fisioterapia de forma reiterativa determinados pacientes desde AP, que demandan una atención quasi continuada. También se da el caso de pacientes derivados desde el Hospital de Lleida por médicos traumatólogos, que prescriben fisioterapia a pacientes con patología compleja o intervenidos quirúrgicamente, con indicaciones de tratamientos complejos y/o de larga continuidad. Ello supone, en ambos casos, un incumplimiento de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a fisioterapia de AP.
- Se acuerda por consenso que cada UFAP realice charlas informativas o sesiones clínicas en los Centros de Salud de referencia para exponer/recordar el protocolo de derivación a las UFAP, con el soporte de la presentación en power point elaborada para tal efecto. Se propone incluir este documento en la carpeta Común de cada Centro de Salud así como en el Manual de Acogida.
- Se acuerda por consenso que cuando un usuario inicie tratamiento fisioterápico, se hará constar en el protocolo de "Fisioterapia 1º día" los siguientes ítems:

Procedencia de la derivación:

- ? Médico de AP
- ? Pediatría
- ? Rehabilitación
- ? Otros

El registro de la pertinencia de la derivación a fisioterapia se realizará en cuanto se habilite dicho apartado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la incorporación de nuevos profesionales a las UFAP y la creación de una nueva UFAP en la ciudad de Barbastro, se ha establecido una coordinación y un consenso en cuanto a la utilización del Protocolo de derivación a las UFAP y a la Guía de funcionamiento de las UFAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento no se ha realizado evaluación del indicador de pertinencia de la derivación a la UFAP (en cuanto al cumplimiento o no de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a las UFAP) porque se está a la espera de que los departamentos correspondientes del SALUD realicen las adaptaciones informáticas necesarias en OMI solicitadas en junio de 2018 a la dirección de Enfermería de AP del Sector de Barbastro. Se está a la espera de la puesta en marcha de la Comisión de gestión clínica de procesos músculo-esqueléticos del Sector Barbastro.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0082

Título  
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:  
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor  
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....: Procesos organizativos o de administración  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- \* En cuanto a los usuarios:
  - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
  - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- \* En cuanto a los profesionales:
  - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- \* En cuanto a la organización/recursos económicos:
  - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

#### MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

#### INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

#### DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

trimestre.

- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....	: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....	: 3 Bastante



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTHER MARIA PERALTA RUFAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS GRAUS  
· Localidad ..... GRAUS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
AGUELO FLORIA MARCOS  
SANCHEZ ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones de matrona, enfermería pediátrica y pediatra con familias y niños de 0-12 meses de edad, con una periodicidad aproximada de unos 15 días, descansando en periodos vacacionales. Las sesiones se han anunciado de forma periódica tanto de manera activa en las consultas de los pacientes diana como en el tablón de anuncios y en la página del Facebook del equipo.

Se han realizado hasta el momento desde la puesta en marcha del proyecto 14 sesiones, con temática diversa, incluyendo: lactancia materna, alimentación infantil, ritmo intestinal de los niños, trastornos digestivos funcionales, estreñimiento, masaje infantil, actuación ante un atragantamiento y RCP básica, alimentación en el postparto y lactancia, anticoncepción en el postparto, cuidados del suelo pélvico, ejercicios recomendados en el postparto... Alguno de los temas se ha repetido en varias ocasiones dado que la población asistente ha sido diferente y han sido cuestiones demandadas de forma frecuente en las encuestas iniciales realizadas.

En cada una de las sesiones llevadas a cabo se ha seguido la misma dinámica: presentación de los asistentes, resolución de dudas, introducción del tema, exposición práctica mediante preguntas a resolver por las familias y corrección de errores, y dudas finales. Se ha entregado material impreso a modo de resumen de la información más relevante en la mayoría de las sesiones. En alguna sesión se han empleado materiales audiovisuales y en otra material médico, como por ejemplo para el taller de RCP básica.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto de los indicadores propuestos, se han conseguido los objetivos esperados en todos los que se han evaluado hasta el momento:

- Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza. Hasta la fecha actual se han realizado 14 sesiones (de mayo a febrero 2018), teniendo ya programadas quincenalmente las fechas de las próximas a realizar.

- Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones. Al menos un familiar de cada recién nacido a lo largo del periodo comprendido desde la puesta en marcha del proyecto ha acudido en una ocasión al grupo de crianza, exceptuando aquellas familias que, bien por barrera idiomática, distancia al centro de salud o no disponibilidad de tiempo por incorporación al trabajo, no han podido acudir.

- Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI. Se ha citado a todos los pacientes que han acudido al grupo de crianza como educación grupal en los días que se han realizado las sesiones, y se ha dejado constancia en cada historia de la temática tratada.

- Respecto a los indicadores de: mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto y mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, no se disponen de resultados definitivos, porque la mayoría de los niños incluidos en el proyecto todavía no han cumplido los 12 meses y por tanto no se ha realizado dicha revisión de salud, no pudiéndose entregar la encuesta para valorar dichos aspectos. La valoración subjetiva de dichos resultados es elevada, dado que las personas que han acudido a estas sesiones han manifestado activamente su satisfacción con el desarrollo del grupo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo del grupo de crianza ha sido una actividad satisfactoria tanto para los profesionales implicados como para los familiares, porque al tratarse de una actividad muy participativa, hemos podido aprender de las familias y sus experiencias así como éstas de nosotros. Asimismo, durante las consultas de demanda y revisiones programadas de los pacientes que han acudido de forma asidua, se ha objetivado un aumento de los conocimientos de los familiares y un adecuado manejo de las situaciones tratadas en dichas sesiones.

El aspecto que más dificultad supone es la capacidad de convocar a la población, dado que la asistencia es muy variable, dándose días con la sala al máximo de su capacidad, mientras que otros la asistencia ha sido baja, en ocasiones motivada por la climatología o periodos vacacionales. Principalmente acuden las madres, pero en alguna ocasión también ha acudido algún padre al grupo, mostrándose satisfecho con la actividad.

Así pues, se prevé continuar de forma regular con el proyecto, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación, y los resultados son positivos a varios niveles, según se ha comentado.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1418

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

===== \*\*\*

Nº de registro: 1418

Título  
GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Autores:  
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, MUR TORRES SARA, BOSCH ALCOLEA ELISABETH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Consulta sobre lactancia, actividades preventivas y manejo de patologías frecuentes en el primer año de vida y en el posparto  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Partimos de la existencia de un grupo de lactancia en nuestro centro desde hace varios años, el cual se reúne esporádicamente, dirigido por la matrona, en el que se resuelven consultas sobre lactancia materna exclusivamente. Durante el primer año de vida de un niño, la demanda generada en consultas de pediatría por patologías banales y consultas sobre actividades preventivas y de promoción de la salud es numerosa, así como también lo son las consultas a la matrona sobre lactancia y cuidados tras el embarazo. Se decide ampliar el grupo existente, dirigiéndolo a los niños alimentados con lactancia materna y también a aquellos alimentados con lactancia artificial, así como a sus familiares. Además, la temática del grupo no sólo incluye temas sobre lactancia materna, sino también información sobre crianza y actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y también atendiendo al puerperio y la salud reproductiva de la mujer.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mantener y desarrollar un grupo de apoyo para familiares en la crianza de niños de 0-12 meses.  
Mejorar conocimientos y habilidades maternas en el desarrollo de una lactancia exitosa y en autocuidado tras el parto.  
Proporcionar a los familiares de estos niños habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en esta etapa de la vida infantil  
Informar sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia.  
Fomentar la relación entre las participantes fuera del ámbito sanitario.

#### MÉTODO

Reuniones de matrona, enfermera pediátrica y pediatría con familias y niños de 0-12 meses de edad, que se intentarán realizar con una periodicidad mínima de 15 días, de 1,5 horas de duración aproximada.  
Se informa de su realización en las consultas de los profesionales que participan en la actividad, en el tablón de anuncios y en la página del facebook del equipo que desarrolla el proyecto.  
Son sesiones en las que participan no sólo los profesionales de salud, sino también el resto de los asistentes. En ocasiones se utilizan recursos audiovisuales o impresos, así como demostraciones prácticas; y en otras se podrá requerir la presencia de alguna persona externa al equipo experta en algún tema concreto a tratar

#### INDICADORES

Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza  
Número de reuniones realizadas en los últimos 12 meses. Resultado esperado > ó = 15)

Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones  
Número familias asistentes en al menos una ocasión a las reuniones/ Total de niños recién nacidos a lo largo de los 12 meses anteriores X 100 (Resultado esperado > ó = 10%)

Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI

Constancia de los pacientes que han acudido a la consulta en la agenda de OMI, citados como educación grupal los días que se realiza el grupo. (Resultado esperado: que todos los días que se realice grupo de crianza, consten citados pacientes como educación grupal en agenda de OMI)

Mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto en al menos el 50% de los participantes.

Medido mediante encuesta de mejora de conocimientos del primer día que acude a la reunión respecto del

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

momento de finalización de su participación en el grupo.

Número de familiares que consideran que han mejorado sus conocimientos / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

Mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, en al menos el 50% de los participantes

Medido mediante encuesta de mejora de habilidades del primer día que acude a la reunión respecto del momento de finalización de su participación en el grupo.

Número de familiares que consideran que han mejorado sus habilidades / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

#### DURACIÓN

Fecha de inicio: 26 de mayo de 2017

Fecha de finalización: se prevé darle continuidad, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación.

Primera fase: Reuniones de coordinación y temas a tratar; así como ofrecer información al resto del equipo del centro de salud

Segunda fase: Realización del grupo presencial, en la primera ocasión que acudan se entregará la encuesta de valoración de conocimientos y habilidades a todas las familias. La encuesta comparativa se entregará a las familias que hayan acudido, al cumplir los niños los 12 meses, aprovechando la cita de la revisión de salud. En las reuniones participarán de forma indistinta tanto la enfermera pediátrica, la matrona como la pediatra; dependiendo del tema a tratar en cada reunión.

#### 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 - 2018/1126

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA BANDRES PARDO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS GRAUS  
· Localidad ..... GRAUS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE  
PUEYO GARCIA ROSA MARIA  
EITO CATIVIELA JOSE LUIS  
BUCHACA PARDO NURIA  
AGUELO FLORIA MARCOS  
PUENTE CIRIA JAVIER  
ORDUNA NAVAS MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Impresión de listados de pacientes adscritos al programa 320(Atención al inmovilizado, dependiente y Terminal) en cada uno de los cupos, con el fin de cuantificar el número de cuidadores a los que ofertamos el blog.

-Determinación de criterios de inclusión para la oferta del blog y de exclusión, determinado como criterio de inclusión:

Cuidador de paciente inmovilizado/dependiente en domicilio familiar o contratado, que sea quien realice los cuidados directos en ABVDs o supervisión de las mismas, para la satisfacción de las Necesidades Humanas Básicas. Determinamos como criterio de exclusión a pacientes terminales, pacientes institucionalizados en residencias y aquellos cuyos cuidadores no tengan aptitudes para manejo del blog y/o no posean conexión a internet o dispositivo para hacerlo.

-Elaboración de hoja de registro Excel. Como método de registro de nombre y apellidos del paciente, fecha y oferta de blog, y motivo por el que no se oferta o se rechaza por parte del cuidador, I.Barthel en ese momento, sí la cuidadora es durante 24 h, si y tienen ayuda de cuidadora del Servicio Comarcal. Si el cuidador es un familiar se le entrega test de sobrecarga de Zarit.

-Valoración de pacientes en el domicilio utilizando el I de Barthel en el momento de presentación del blog y los ítems de la hoja de Excel.

-Durante el mes de Marzo a Julio diseño del blog, elección de contenidos, elección de Editor de páginas web gratuito y sencillo en su manejo.

-Presentación de trabajo realizado hasta el momento al EAP en reunión de equipo (junio 2018)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos revisado la cobertura de la implementación de la oferta del blog en cada uno de los ocho cupos médicos del Centro de Salud de Graus. En este momento no es posible una evaluación ya que se empezó a ofertar a principios de septiembre de 2018 y precisamos más tiempo tanto para la oferta del mismo como para el manejo por parte de los cuidadores.

En los domicilios en los que conocen el blog valoran positivamente los contenidos y la facilidad de uso del blog. Observamos que en los domicilios que hay un PC o tablet es mucho mas sencillo que la visualización que en el móvil.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El equipo de trabajo valoramos adecuadamente el trabajo realizado, encontramos dificultades en la búsqueda de contenidos a nivel de soporte emocional al cuidador, y que les resulten útiles, ya que consideramos que la esfera Psicológica nos es más difícil de abordar. A nivel de cuidados enlazamos con documentos de la web del salud y videos de salud informa, así como escaneando de documentos editados por diferentes Servicios de Hospitales del Salud. (HCLB, H de Barbastro...)

-Creemos que es un proyecto en desarrollo, hemos estado en contacto con personal de recursos humanos de la Comarca de la Ribagorza para que también lo conozcan las cuidadoras comarcales que acuden a los domicilios a realizar la ayuda en los cuidados, y creemos que podría publicitarse a otras zonas básicas de Salud para apoyo en el programa de Atención a pacientes Inmovilizados y Dependientes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1126 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1126

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Título  
GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Autores:  
BANDRES PARDO NATALIA, MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE, PUEYO GARCIA ROSA MARIA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BUCHACA PARDO NURIA, AGUELO FLORIA MARCOS, PUENTE CIRIA JAVIER, ORDUNA NAVAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

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

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

PROBLEMA  
Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoración negativa.  
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.  
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.  
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado  
-Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.  
-Disminución de sobrecarga en el cuidador

MÉTODO  
- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)  
-Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.  
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes fisicas y posibilidades tecnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)  
-Selección de test valoración sobrecarga del cuidador.  
-Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmisión de esta información a los cuidadores/familiares.( 3 sesiones)  
-Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .  
-Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

INDICADORES  
- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %  
-Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado tecnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%  
-Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

DURACIÓN  
-Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)  
-Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-  
-Creación de criterios de inclusión de cuidadores(junio 2018)  
-Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)  
-Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)  
-Pasar encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126**

**1. TÍTULO**

**GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO**

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 - 2016/1586

### 1. TÍTULO

#### ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMO BERNUES SANZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS LAFORTUNADA  
· Localidad ..... LAFORTUNADA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA MARCO MARIA ASCENSION  
GALINDO SERRANO IZARBE  
THACCO VELARDE MAGALY  
HERRAIZ VILELLAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Videoconferencia mensual de los miembros del EAP de Lafortunada con los profesionales de la U.S.M. del Sector Barbastro.  
Consultas con los pacientes previas a cada videoconferencia. En su caso, cita y consultas posteriores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han monitorizado un total de 19 pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.  
Se han realizado un total de 10 videoconferencias.  
Ha permitido una mejora importante en la calidad del seguimiento de este tipo de patologías.  
Ha lanzado de modo claro una colaboración entre primaria y especializada, en este caso la U.S.M. permitiendo un mejor abordaje clínico y farmacológico de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un programa fundamental en este tipo de patologías.  
Pacientes acostumbrados a su médico de familia como interlocutor intermedio con el especialista en el caso de dudas o mala evolución.  
Muy buena acogida del programa entre los pacientes.  
Programa para seguimiento en años sucesivos

7. OBSERVACIONES.

Alguna videoconferencia perdida por problemas técnicos.(2)

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1586 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1586

Título  
ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Autores:  
BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA ASUNCION, GALINDO SERRANO IZARBE, THACCO VELARDE MAGALY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

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, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

USM del Sector con elevada demanda y tiempos de primera evaluación elevados.  
Dificultades de coordinación Primaria/ especializada  
Incertidumbres en el manejo del seguimiento de los pacientes con patología psiquiátrica severa.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1586

### 1. TÍTULO

#### ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Mejorar calidad del cuidado de los pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM)  
Reducir número de interconsultas y de derivaciones de los Centros de Salud (CS) a las USMs  
Reducir número de consultas presenciales en las USMs  
Fortalecer capacidades de los equipos de AP en el tratamiento de trastornos mentales  
Mejorar equidad en el acceso a los servicios de los pacientes  
Satisfacción del usuario.  
Satisfacción del profesional

#### MÉTODO

Sesión de videoconferencia USM/ CS Lafortunada mensual. El primer jueves de cada mes.(12 año)  
Profesionales de la U.S.M. Del Sector  
E.A.P. del C.S. Lafortunada  
Profesionales implicados en el Proyecto Mastermind  
Unidades de videoconferencia.

#### INDICADORES

Número de sesiones realizadas en 12 meses  
Número de profesionales participantes/ año  
Número de pacientes en seguimiento/ año

#### DURACIÓN

Plurianual.  
Seguimiento por la 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 - 2018/0051

### 1. TÍTULO

#### CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA MARCO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS LAFORTUNADA  
· Localidad ..... LAFORTUNADA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BERNUES SANZ GUILLERMO  
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ  
GARCIA SEGURA ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Realizacion de tres sesiones clinicas del EAP para informar de la puesta en marcha del proyecto y su seguimiento.  
- Elaboracion de un archivo, con las correspondientes hojas de informacion al paciente para la preparacion de cada prueba radiologica especifica. Acceso informatico en : comun - no iso - preparacion paciente pruebas radiologicas.  
- Diseño del procedimiento operativo de la citacion: desde su solicitud, instrucciones de la preparacion, citacion, realizacion e informe recibido.  
El cumplimiento del cronograma de ha ido adaptando a las nuevas incorporaciones de personal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
El resultado alcanzado ha superado el standard, con los datos indirectos explotados.

La fuente de los resultados alcanzados, ha sido la emision de los correspondientes informes de las pruebas solicitadas en HCE. Sin mas datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
-Aplicar la metodologia de citacion escrupulosamente, en todos los casos q se pueda, ya q no siempre hay agendas disponibles en el momento de solicitud de la prueba.  
- Actualizar periodicamente las novedades en las citaciones y preparaciones.  
- Como impacto del proyecto resultaria util un canal de comunicacion directo desde radiologia del hospital con el CSalud para la trasmision de las incidencias acahecidas en los casos concretos. Con el fin de mejorar el proceso.  
- Podria constituirse como PO (procedimiento operativo ISO) del sector.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/51 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0051

Título  
CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:  
GRACIA MARCO MARIA, BERNUES SANZ GUILLERMO, RUIZ ALMENARA VALENTIN, GARCIA SEGURA ENRIQUETA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: varias  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: .....

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

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0051

### 1. TÍTULO

#### **CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA**

La creación de nuevas agendas en AP para la citación de pruebas radiológicas en el servicio de radiología del H Barbastro, requiere de la asignación horaria indicada, así como de la información al paciente sobre la correcta preparación para la realización de la prueba radiológica. Las mejores condiciones del paciente, repercutirán en la mayor calidad de las imágenes, facilitando la correcta interpretación de las mismas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La población diana será : todos aquellos pacientes del CS que se les solicite una prueba radiológica de imagen en el H Barbastro y en el CE Monzón.

##### 1. Objetivo general:

- Todas las citas de las pruebas radiológicas citadas desde AP constarán del : volante de solicitud, del documento de la cita y de la hoja de preparación de la prueba específica.

##### 2. Objetivo Específico:

-El profesional que entregue la documentación de la cita radiológica al paciente, deberá de informar exhaustivamente del lugar, día y hora así como de la correcta preparación a realizar previamente a la prueba.  
- Educar a los paciente sobre la importancia de su implicación en el proceso para la consecución exitosa de los resultados de las pruebas.

#### MÉTODO

- En sesión de EAP informar a todos los profesionales del CS de la nueva oferta de servicio desde AP y su correcta realización.

- Diseñar un proceso operativo de citación a radiología desde AP.

- Elaborar un archivo con las hojas de preparación de cada prueba radiológica con la información escrita a los pacientes. El acceso en -común-no iso en todos los ordenadores de los profesionales del CS.

#### INDICADORES

- N° de pruebas radiológicas citadas en AP y realizadas correctamente/N° pruebas radiológicas citadas en AP x 100

- N° pruebas radiológicas citadas en AP y no realizadas/N° pruebas radiológicas citadas en AP x100

- Registro de incidencias en el procedimiento operativo de citación de pruebas radiológicas.

Fte datos. OMI buzón de Ordenes clínicas pendientes, donde se reciben los resultados de las OC solicitadas

#### DURACIÓN

Comienzo: 1 marzo 2018. Finalización 31 diciembre 2018

##### Cronograma:

Marzo : Sesión de EAP presentando el proyecto a los profesionales.

Abril: Diseño del Procedimiento operativo

Mayo: Inicio de las acciones

Junio: Monitorización 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 - 2018/1459

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE ANALITICAS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE FERRER SANZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MEQUINENZA  
· Localidad ..... MEQUINENZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GOMEZ REQUENA ANGEL  
JUAREZ CASTELLO PILAR  
MENDOZA ESCUER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
peticiones analíticas por map o enfermera cupo, peticiones realizadas según programas OMI, ajustar peticiones especialistas a peticiones map en items y tiempo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Sin tener cifras exactas es difícil valorar los resultados, seguiremos con este mismo sistema. pendiente de resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Por una parte el que todas las analíticas tengan que pasar por map es una sobrecarga de trabajo para los mismos, por otra es una manera de tener mayor nº de analíticas realizadas sin necesidad de hacer múltiples extracciones al mismo paciente.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1459 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1459

Título  
GESTION DE ANALITICAS

Autores:  
FERRER SANZ MARIA JOSE, GOMEZ REQUENA ANGEL, JUAREZ CASTELLO PILAR, MENDOZA ESCUER INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Se ha detectado un aumento considerable en el número de extracciones analíticas, por un aumento en los días de espera, también analíticas repetidas en poco tiempo al mismo paciente solicitadas por diferentes profesionales, esto supone un gasto en recursos y una mala asistencia a los pacientes por repetición de pruebas.

RESULTADOS ESPERADOS  
Disminuir en número de analíticas, haciendo que toda petición sea gestionada a través de médico/enfermera de cupo, para adaptarla también a los programas en los que se incluye al paciente. Esta actuación está dirigida a toda la población mayor de 14 años de la ZBS.

MÉTODO  
- Desde admisión toda analítica de especialista deberá ser dirigida a profesionales cupo.  
- Toda analítica deberá ser solicitada teniendo en cuenta no solo el programa en que se incluye el paciente sino también las posibles revisiones médicos especialistas.  
- En reuniones EAP se habla, se decide y se repasa este plan.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1459

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE ANALITICAS

##### INDICADORES

nº analíticas 2018/ nº analíticas 2017.

Valorar la disminución del nº analíticas: valores a alcanzar 20% menos.

##### DURACIÓN

Desde 1 junio 2018 a 31 diciembre 2018.

Revisiones mensuales en reuniones EAP para valorar el desarrollo del proyecto y la dificultad que supone.

##### 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 - 2016/1524

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CORTINA LACAMBRA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MONZON RURAL  
· Localidad ..... MONZON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTIN VIDAL MARIA JESUS  
ALCAY MARIN FRANCISCO  
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
SE HAN HECHO DOS BASES DE DATOS CONJUNTA DE LOS SEIS CUPOS, CON LA ACTIVIDAD DEL AÑO 2017 REFERENTE A ESTE TEMA, UNA DE DIABETICOS Y OTRA DE HIPERTENSOS, QUE CUMPLIAN CRITERIOS.  
748 HIPERTENSOS  
338 DIABETICOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
COBERTURA:  
113 ECG DE HIPERTENSOS, QUE SUPONE EL 15%  
Y  
61 ECG DE DIABETICOS QUE SUPONE EL 18%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
DEBEMOS HACER HINCAPIE EN ESTE TEMA FALTA MUCHO POR CUMPLIMENTAR, PERO LO POSITIVO ES QUE LA CREACION INICIAL DE AMBAS BASES DE DATOS, COLOCADAS EN RED COMUN NOS VA A FACILITAR EL TRABAJO FUTURO DE ESTE PROYECTO Y DE OTROS QUE PUEDAN SURGIR

7. OBSERVACIONES.  
PODRIA SER UTIL DISPONER DE UN SEGUNDO APARATO ECG PARA GRABAR ON LINE EN LA INTRANET

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1524 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1524

Título  
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:  
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

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

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

PROBLEMA  
LA REALIZACION DE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GESTION EN PACIENTES CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS  
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO  
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

REALIZACION DE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA  
CREACION DE DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE  
CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA  
INDICADORES  
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS  
NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS  
DURACIÓN  
CONSECUENCIA DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017  
REALIZACION DE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

#### 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 - 2016/1536

### 1. TÍTULO

#### CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ESTEBAN SANMARTIN SANCHEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MONZON RURAL  
· Localidad ..... MONZON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CARRION PAREJA ROSA  
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar "Planes personales".  
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.  
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.  
Citar para espirometría, y realizarla, si está indicada.  
Interpretar la espirometría.  
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.  
Estudiar la posibilidad de organizar talleres de deshabituación tabáquica en coordinación con la AECC de Monzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Detección de consumo de tabaco  
Numerador: población de 15 años o más con DGP "TABACO" = SI, en los últimos dos años  
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada  
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC  
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría  
Numerador: paciente con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP "ESPIROMETRIA" realizado al menos una vez en los dos últimos años.  
Denominador: Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.  
Realizada evaluación en 7/2/2018 sobre muestreo de pacientes EPOC. Se objetiva se ha realizado espirometría a un 67% de pacientes.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería  
Numerador: pacientes con diagnóstico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP "LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS" Y "MANEJO VIAS AEREAS", al menos una vez en el último año.  
Denominador: pacientes con diagnóstico de EPOC con algún registro en el último año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
HEMOS CAPTADO MAYOR NÚMERO DE EPOC Y REALIZADO ESPIROMETRIAS

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1536 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1536

Título  
CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC (CONTINUACION DEL AÑO 2016)

Autores:  
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CARRION PAREJA ROSA, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  
Otro Tipo Patología:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1536

### 1. TÍTULO

#### CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

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

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

#### PROBLEMA

LA PREVALENCIA DE EPOC EN NUESTRO MEDIO A RAIZ DE LA EPIDEMIA TABAQUICA DE LOS AÑOS 70 Y 80 AUN ES ALTA, POR ELLO CREEMOS IMPORTANTE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL ACUERDO DE GESTION Y BUSCAR ACTIVAMENTE EPOC REALIZARLES ESPIROMETRIA Y FOMENTAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO

#### RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar la detección del paciente fumador, con especial atención al tramo de edad de 15 a 35 años  
Recomendar a las personas fumadoras el abandono del hábito tabáquico y ofrecerles la consulta de deshabituación tabáquica.  
Realizar espirometrías a las personas con factores de riesgo de desarrollar EPOC  
Captar y seguir al paciente diagnosticado de EPOC, como paciente crónico.  
Realizar formación del personal sanitario para el seguimiento y tratamiento del paciente EPOC

#### MÉTODO

Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar "Planes personales".  
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.  
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.  
Citar para espirometría, y realizarla,  
Interpretar la espirometría.  
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.  
Colaborar con los talleres de deshabituación tabáquica de la AECC de Monzón.

#### INDICADORES

Detección de consumo de tabaco  
Numerador: población de 15 años o más con DGP "TABACO" = SI, en los últimos dos años  
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada  
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC  
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría  
Numerador: paciente con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP "ESPIROMETRIA" realizado al menos una vez en los dos últimos años.  
Denominador: Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería  
Numerador: pacientes con diagnóstico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP "LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS" Y "MANEJO VÍAS AÉREAS", al menos una vez en el último año.  
Denominador: pacientes con diagnóstico de EPOC con algún registro en el último año

#### DURACIÓN

este programa viene del año 2016, hasta la fecha se han llevado a cabo en febrero de 2016 y 2017 cursos de deshabituación tabaquica en el CS monzon con la AECC.  
durante todo el 2016 y lo que va del 2017 se han ido detectando pacientes EPOC y se les ha ido realizando las espirometrías;  
la actividad de este proyecto es continua a lo largo de todo el 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 - 2018/0454

### 1. TÍTULO

#### PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS PEREZ ALBIAC  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MONZON RURAL  
· Localidad ..... MONZON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALASTRUE PINILLA CARMEN  
CARRION PAREJA ROSA  
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
se han hecho 4 sesiones de casos clinicos de pacientes reales comentados y una sesion de revision bibliografica sobre metodolgia, y principios de Ariadna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
los profesionales del EAP han compartido experiencias y han aprendido manejojotanto clinico como de registro OMI AP sobre este tema

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
es muy importante poner en comun experiencias y compartir errores y aciertos

7. OBSERVACIONES.  
acabamos este año con 2 casosclinicos mas hasta completar los seis cupos, uno por cupo, antes de mayo 2019

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/454 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0454

Título  
PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (PCC)

Autores:  
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, ALASTRUE PINILLA CARMEN, CARRION PAREJA ROSA MARIA, LERIA OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: pluripatologia por definicion  
Línea Estratégica ..: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
es un objetivo estrategico del SALUD el desarrollo de unidades de continuidad asistencial para estos pacientes, en los sectores coordinando atencion primaria y atencion hospitalaria

el eap monzon rural es piloto del inicio del programa de atencion al paciente cronico complejo en Aragón.

La zona de salud tiene adscritos muchos pacientes de este tipo, en el contexto de una poblacion envejecida, con un 30% aproximado de pacientes mayores de 65 años

RESULTADOS ESPERADOS  
mejorar la capacitacion de los profesionales de LEAP en la atencion a este tipo de pacientes.  
conocer los criterios de identificacion del PCC.  
Aprender y adiestrarse en utilizar las herramientas OMI para el seguimiento del PCC.

MÉTODO  
deteccion de caso que cumplan criterios de inclusion desde las consultas de medicina y enfermeria.  
Realizacion de 5 sesiones dirigidas a la revision de uno o más historias clinicas de pacientes reales, uno de cada cupo (ya se revisó un cupo en 2017).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0454

### 1. TÍTULO

#### PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENT CRONICO COMPLEJO

Discusion conjunta en la sesion contando con las aportaciones de todos los profesionales del plan de actuacion mas recomendable a seguir en dichos pacientes, siguiendo elesquema propuesto en OMI, planes personales.

##### INDICADORES

- numero de pacientes detectados./ total esperado (objetivo 30%)
- numero de sesiones clinicas dedicadas a este tema realizadas a 31 de dic 2018 (objetivo=5).
- numero de pacientes trabajados en sesion clinica (objetivo= 5).
- numero de cupos de medicina con paciente revisados

##### DURACIÓN

deteccion de pacientes hasta 30 de diciembre 2018.

relaizacion de sesiones de septiembre a 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 - 2016/0784

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TERESA GUEVARA LOPEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MONZON URBANO  
· Localidad ..... MONZON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP  
· Sector ..... BARBASTRO

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

VAZQUEZ TORGUET ANA  
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE  
FOJ JIMENEZ ERIKA  
MERINO SANTAELLA SUSANA  
CONSUL BEGUE ISABEL  
SAURA FEJA RAMON  
CANALEJO MENDAZA LUIS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión y consenso con la coordinación del centro de Salud y con los celadores encabezados en este proyecto.  
Consenso con la Administración del centro para la documentación necesaria de cara a los nuevos celadores.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de protocolo de recogida de datos adecuadamente en la atención domiciliaria  
Protocolo en cuanto a la atención de los pacientes que ingresen por el servicio de atención continuada del centro de salud de Monzón

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendamos seguir los protocolos para una mejor atención a la población  
Encontramos fallos en el recibimiento de los celadores por parte del sistema

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/784 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0784

Título  
MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Autores:  
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA, CANALEJO MENDAZA LUIS SANTIAGO, CONSUL BEGUE ISABEL, SAURA FEIXA RAMON, PERA FERRAZ CARMEN, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, FOJ JIMENEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: atencion continuada  
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....: Gestión por procesos  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Criterios en la toma de datos de los avisos domiciliarios. Unificar y realizar un protocolo.  
Reparto de las cargas de trabajo de la demanda en sala  
Reparto de las cargas de trabajo de los avisos domiciliarios  
Definir criterios de gravedad y no gravedad de los avisos domiciliarios

#### RESULTADOS ESPERADOS

Evitar demoras en los domicilios urgentes



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ELENA JAVIERRE MIRANDA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MONZON URBANO  
· Localidad ..... MONZON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

ALASTUEY FLETA CONCEPCION  
ALLUE BLANCO MARIA  
BUENO OLIVAN MILVA  
GARCIA MINGUEZ MARIA  
LAMARCA GAY ROCIO  
LASCORZ CORTINA PILAR  
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año las actividades realizadas han sido:

1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.

Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

Recogida de datos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuestionario ha sido realizado por estudiantes de 2º de ESO en dos Centros de Educación Secundaria de Monzón.

En total se han recogido 195 encuestas.

Actualmente estamos llevando a cabo al análisis descriptivo de los resultados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con respecto al trabajo en equipo, el resultado es muy positivo: adecuada implicación de los miembros del equipo en todas las fases del proyecto.

Buena acogida de la actividad e los centros educativos implicados tanto por los educadores, como por los estudiantes y sus familias.

Como puntos de mejora destacaríamos la escasa aportación de los estudiantes en la parte cualitativa del cuestionario: escasa respuestas o muy breves en esos apartados.

Dificultad para conciliar agendas y tiempo disponible para llevar a cabo el proyecto al no disponer de espacio habilitado para ello en nuestras agendas profesionales.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1437 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1437

Título  
PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Autores:  
JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALASTUEY FLETA CONCEPCION, ALLUE BLANCO MARIA, BUENO OLIVAN MILVA, GARCIA MINGUEZ MARIA, LAMARCA GAY ROCIO, LASCORZ CORTINA PILAR, LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Violencia de género  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

#### MÉTODO

1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.

Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

Recogida de datos y análisis de resultados.

Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

6: Recogida de datos y análisis de resultados.

7: Planificación de la intervención.

#### INDICADORES

Análisis descriptivo de los resultados cuantitativos y cualitativos.

#### DURACIÓN

Fase de detección : 1 año

Fase de Intervención: 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 - 2018/0932

### 1. TÍTULO

#### TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA BORDAS BUIL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MONZON URBANO  
· Localidad ..... MONZON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

LAFRAGÜETA PUENTE BELEN  
GUEVARA LOPEZ TERESA  
VAZQUEZ FERNANDEZ JAQUELINE  
LANAU FIERRO YOLANDA  
PABLO CASADO ARTURO  
FOJ JIMENEZ ERIKA  
BARRANCO OBIS MONTSERRAT

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Octubre de 2018 se puso en marcha un protocolo de triaje que implica al personal administrativo, que es el que recoge todas las consultas indmemorables que se demandan de 8 a 15 horas.

Si el motivo de consulta es administrativo (bajas, recetas,...) se les oferta la primera hora libre de la agenda de su médico.

Si el motivo de consulta es clínico se citan en la agenda de enfermería como "CONSULTA INDEMEMORABLE". Es el personal de enfermería el que establece la prioridad de esa demanda en base a criterios clínicos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se planteó la primera evaluación de resultados para Octubre de 2019, es decir, un año después de la puesta en marcha del proyecto.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De todas formas deberemos replantearnos la evaluación de resultados, ya que precisamente desde Octubre de 2018 contamos con una consulta de rebosamiento, en la que se atienden los problemas de salud que no pueden esperar hasta la cita ofertada en la agenda de su MAP.

Esto ha disminuido el número de indmemorables que se ven cada mañana en las consultas de Atención Primaria. Deberíamos enfocar más la evaluación de resultados en la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria, que deberían haberse reducido

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/932 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0932

Título  
TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Autores:  
BORDAS BUIL YOLANDA, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, GUEVARA LOPEZ TERESA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, LANAU FIERRO YOLANDA, PABLO CASADO ARTURO, FOJ JIMENEZ ERIKA, BARRANCO OBIS MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Motivos de consulta  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
El Centro de Salud Monzón Urbano se caracteriza por tener unas cifras de consulta a demanda diarias muy elevadas, lo que ocasiona que haya muchos días de lista de espera para que el paciente pueda ser visto por su médico de Atención Primaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0932

### 1. TÍTULO

#### TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

En concreto, de los 9 médicos titulares de adultos adscritos al Centro de salud, uno de ellos acumulaba en la semana 16 11 días de lista de espera, en dos cupos 7 días, y en otros 2, 6 días, de lo que se deduce que más de la mitad de la población adulta asignada a este centro tiene que esperar una semana para ver atendido un problema de salud. Estos datos son extrapolables también a las consultas de pediatría. Como consecuencia de esto, todos los días hay un elevado número de consultas indememorables en la franja horaria de la mañana. Esto conlleva una gran presión asistencial y va en relación inversa a la calidad de la asistencia prestada

#### RESULTADOS ESPERADOS

Se persigue con este proyecto mejorar la calidad asistencial organizando las citas indememorables en base a motivos de consulta o criterios clínicos, de forma que no sea el paciente quien decida el tiempo de demora para ser atendido según el grado de "urgencia percibida", sino el personal sanitario, de acuerdo con un protocolo establecido que mida la "urgencia real"

#### MÉTODO

Se pretende que todas las consultas indememorables que se generen entre las 8 de la mañana y las 15 horas, pasen por un proceso de triaje que comenzaría en el servicio de admisión, como puerta de entrada al sistema sanitario, y continuaría en las consultas de enfermería de cada equipo de atención primaria. De esta forma, y en base a un protocolo por definir, se clasificaría el motivo de consulta de cada paciente en 4 estadios de gravedad, que condicionarían el tiempo de espera para recibir atención. En una segunda fase se implementaría el mismo sistema de triaje en Atención Continuada, de modo que se organice la asistencia en base a criterios clínicos.

#### INDICADORES

Como primer paso haremos un balance cuantitativo del número de consultas indememorables que se atienden en un periodo de tiempo determinado y seguidamente estableceremos el protocolo de triaje atendiendo al tipo de consulta (burocrática o clínica) y a la potencial gravedad de la misma.

-Número de indememorables atendidos en consulta médica en 2017-nº de indememorables atendidos en el mismo periodo de 2018.

-Días de espera para ser visto por el médico de AP en 2017-días de espera para ser visto por el médico de AP en el mismo periodo de 2018

#### DURACIÓN

Nos planteamos la puesta en marcha del proyecto en el mes de Octubre de 2018. La primera evaluación de resultados se llevaría a cabo al año de comenzado el proyecto, cuantificando la diferencia existente entre ambos periodos en cuanto al número de consultas indememorables y a la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria

#### 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 - 2016/1481**

**1. TÍTULO**

**GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP**

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MONICA PASCUAL FRANCO  
 · Profesión ..... MEDICO/A  
 · Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA  
 · Localidad ..... TAMARITE DE LITERA  
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
 · Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
 SANCHEZ BUJ ESTRELLA  
 RIVARES BACHES MANUEL  
 ESTEVE CAPEDEVILA EULALIA  
 CASTILLON LOSCERTALES ANA CRISTINA  
 MOTIS MONTES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de cuatro profesionales del Centro de Salud de Tamarite de Litera a través del curso On-line realizado por el IACS "Registro de la información en OMI-AP y RE":

- Médico: Mónica Pascual Franco.
- Médico: AinaGarcía Dinbier
- Enfermera: Estrella Sánchez Buj
- Enfermera: Concepción Pueyo Enrique (Además, realizó el curso organizado por el Sector Barbastro: "Calidad en el registro de datos en el aplicativo OMI-AP")

Finalizada la formación de los profesionales, se han realizado distintas sesiones formativas para todo el personal del Centro de Salud.

Las sesiones impartidas hasta las fecha han sido las siguientes:

- 1ª sesión (21/09/2017): Agenda en OMI
- 2ª sesión (28/09/2017): Lista de pendientes en OMI
- 3ª sesión (05/10/2017): Protocolos
- 4ª sesión (19/10/2017): Gestión de antecedentes, condicionantes y problemas.
- 4ª sesión (02/11/2017): Apuntes y curso clínico
- 5ª sesión (16/11/2017): Pantalla tapiz planes de cuidados
- 6ª sesión (14/12/2017): Registro vacunal
- 7ª sesión (18/01/2018): Elaboración de un plan de cuidados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: N° de asistentes a las sesiones formativas/N° total de miembros del EAP x 100

Estándar marcado: >60%

Resultado alcanzado: 85%

Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
3ª sesión	18	85%	>60%	
4ª sesión	17	66%	>60%	
5ª sesión	17	80%	>60%	
6ª sesión	18	85%	>60%	
7ª sesión	19	90%	>60%	
TOTAL	125	85%	>60%	

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior.
- Fórmula del indicador: N° pacientes diagnóstico EPOC 2016/N° pacientes diagnóstico EPOC 2017
- Estándar marcado: 0,3%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-C.S. Tamarite de Litera.

INDICADOR 3:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

### 1. TÍTULO

#### GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
- Fórmula del indicador: M° de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios/N° de pacientes con diagnóstico de EPOC x 100
- Standar marcado: 70%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-CS Tamarite de Litera.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de las sesiones de formación de corta duración impartidas de septiembre a diciembre de 2017, percibimos que todavía no todo el personal del Centro de Salud realiza el registro de los datos de manera homogénea. Por ello, y por deseo expreso de los compañeros, creemos necesaria la continuación de este proyecto de mejora. Además, no conocemos todavía los resultados del último acuerdo de Gestión, lo que nos permitiría evaluar el cumplimiento de dos de los tres indicadores marcados.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1481 ===== \*\*\*

N° de registro: 1481

Título  
GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

Autores:  
PASCUAL FRANCO MONICA, SANCHEZ BUJ ESTRELLA, GARCIA DINNBIER AINA, RIVARES BACHES MANUEL, ESTEVE CAPDEVILA EULALIA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, CUY GODINA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Actualmente la Atención Primaria se encuentra informatizada. Los profesionales sanitarios accedemos a la hª clínica del paciente a través del aplicativo informático que conocemos como OMI-AP. Se trata de una herramienta que bien utilizada, mejora la calidad del dato recogido lo que deriva en un mejor control de nuestros pacientes y de la calidad asistencial. La percepción que tenemos es que, dicha herramienta está siendo infrutilizada debido en parte a la diversidad de los métodos de registro empleados por los profesionales sanitarios ya que sólo unos pocos están correctamente formados para tal uso.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar a los profesionales de nuestro EAP los conocimientos suficientes para llevar a cabo correctamente los registros de la información clínica en base a nuestra cartera de servicios.

#### MÉTODO

- Formación de dos profesionales del EAP (un médico y una enfermera) a través del curso online realizado por el IACS de "Registro de la información en OMI-AP y RE".
- Sesiones formativas una vez realizado el curso para el resto de los profesionales del EAP.
- Solicitar acceso al material didáctico de dicho curso para realizar las sesiones formativas.

#### INDICADORES

- N° asistentes a las sesiones formativas del EAP/N° total de miembros del EAP mayor del 60%.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481**

**1. TÍTULO**

**GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP**

- Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior, hasta un 0,3.
- Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, hasta un 70%.

**DURACIÓN**

- Primer cuatrimestre de 2017 formación de dos profesionales del EAP.
- Sesiones clínicas de corta duración de septiembre a diciembre de 2017.
- Valoración de resultados del Acuerdo de Gestión 2017.

**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 - 2016/1482

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... ANA DELIA CASTILLO LOPEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA  
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
RAMOS ESPAÑOL JUDIT  
CUI CODINA MARIA ANGELES  
RIVARES BACHES MANUEL  
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo de 2017

Nombramiento de responsables de cuidados paliativos:

- Ana Delia Castillo López: médico de atención continuada.
- Judit Ramos Español: enfermera de jornada ordinaria.

Ambos responsables han recibido previamente formación específica en cuidados paliativos en cursos realizados por el IACS(FOCCUSS) y/o SALUD.

Abril de 2017

Identificación de pacientes pertenecientes al C.S. de Tamarite, candidatos a cuidados paliativos. Elaboración de un dossier con los datos básicos de cada paciente, principales patologías y tratamiento que reciben.

Noviembre 2017-Enero 2018

Sesiones formativas dirigidas al personal del centro:

- Ana Delia Castillo López:
- 1ª sesión (30/11/2017): ¿Qué es un paciente paliativo?
- Judit Ramos Español:
- 2ª sesión (18/01/2018): Cuidados en el paciente paliativo

Enero 2018

Realización y reparto de trípticos para los profesionales del EAP. Uno dirigido para medicina y otro, para enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: N° asistentes a las sesiones formativas del EAP / N° total de miembros del equipo x 100

Estándar marcado: >60%

Resultado alcanzado: 86%

Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa.

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
TOTAL	36	86%	>60%	

INDICADOR 2:

Nombre del indicador: satisfacción de los familiares sobre la adecuación de la atención recibida.

Estándar marcado:>65%

Resultado alcanzado: encuesta pendiente de realizar.

Método de obtención: encuesta a familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los profesionales del Centro de Salud muestran agradecimiento tras las sesiones formativas y demandan más formación para abordar con mayor calidad la atención al paciente paliativo.

Queda pendiente la realización de la encuesta a familiares, para lo que sería necesaria la ampliación de este proyecto.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

##### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1482 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1482

Título  
CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Autores:  
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, GARCIA DINNBIER AINA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, VEGA CUETO ANA, RIVARES BACHES MANUEL, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.  
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.  
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.  
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.  
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

RESULTADOS ESPERADOS  
Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

MÉTODO  
Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.  
Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

INDICADORES  
- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.  
- Nº asistentes del EAP a las sesiones formativas/ Nº total de miembros del EAP mayor del 60%

DURACIÓN  
- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.  
- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre de 2017.

#### 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 - 2016/1484

### 1. TÍTULO

#### TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ..... GABRIEL MOTIS MONTES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA  
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LAPEÑA LLERA ANABEL  
GARCIA DINNBIER AINA  
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la finalidad de conocer los temas de salud que más inquietud despiertan entre la población:  
- Ya existente: Buzón de sugerencias en el Centro de Salud de Tamarite de Litera y consultorios locales.  
- Mayo-junio / 2017: Información a los pacientes desde las consultas y admisión de la existencia y ubicación de los buzones de sugerencias.

Reunión del EAP (tormenta de ideas) mayo 2017.

Finalmente se decidió que en el año 2017 se realizarían talleres de primeros auxilios para la población.

Taller primeros auxilios Castillonroy: impartido por Dra. Aína García Dinnbier. N° participantes 48.

Taller primeros auxilios Albelda: impartido por Dra. Mónica Pascual Franco y enfermera Judit Ramos Español. N° participantes 45

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Finalmente asistieron a los talleres de formación un total de: 93 personas.  
Los principales resultados de las encuestas de satisfacción mostraron los siguientes resultados:  
- 90% se mostraron muy satisfechos.  
- 85% indicaron que la formación recibida resultará útil para mejorar su salud.  
- 100% recomendarían estos talleres a otros familiares/amigos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente contactar con las diferentes asociaciones para conocer sus inquietudes.  
La EpS Comunitaria es un pilar básico de nuestro trabajo diario. Creemos que sería conveniente continuar con la realización de los talleres para empoderar a la población sobre hábitos de vida saludables. Nuestro día a día muestra como existe una importante falta de adherencia a los correctos hábitos H-D.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1484 ===== \*\*\*

N° de registro: 1484

Título  
TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Autores:  
MOTIS MONTES GABRIEL, CASTILLON LOSCERTALES ANA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CUY CODINA MARIA ANGELES, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, PASCUAL FRANCO MONICA, GARCIA DINNBIER AINA, CAMARA AVON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Habititos saludables en general

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1484

### 1. TÍTULO

#### TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Desde el centro de salud, distintos compañeros vienen realizando a título personal, formación y talleres en distintas corporaciones y asociaciones referentes a temas de salud. Estos temas se han iniciado a propuesta de entidades o bien por observación de una falta de información en la población diana referente a un tema en cuestión. En ocasiones son charlas para adolescentes o sobre problemas de salud en la tercera edad, o población en general, jornadas de puertas abiertas del Centro para los niños de Guardería, talleres orientados a ampliar conocimientos en determinados grupos de riesgo (EPOC, DIABETICOS, HIPERTENSOS...) formación básica en RCP para la población en general...  
Se propone realizar talleres orientados al cuidado de la salud en las distintas etapas de la vida, desde la infancia a la tercera edad y así dejar protocolizada la información compartida con los usuarios.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Conocer cuales son los principales temas de salud que mayor interes despiertan en la poblacion  
Animar a la poblacion a participar en las distintas actividades que de la formación puedan surgir  
Registrar la formacion impartida a la poblacion gral, por los distintos componentes del equipo de salud

#### MÉTODO

Recoger informacion relevante en temas de salud, que los distintos organismos y asociaciones tengan interés en implementar.  
Para ello se propone dejar un buzón de sugerencias para proponer temas en Ayuntamiento y Centro de Salud.  
Recoger las inquietudes que puedan surgir del consejo de salud de zona,  
Proponer a la Escuela e IES, la posibilidad de que los alumnos reciban información sobre hábitos de vida saludables, impartidos por los profesionales del centro.  
Contactar con las distintas asociaciones, para conocer las inquietudes sobre temas de salud que estos puedan tener y sobre estos temas, realizar talleres.

#### INDICADORES

La formación impartida, tiene por finalidad aumentar los conocimientos que la población dispone sobre mantenimiento de salud y hábitos saludables, se propone realizar al menos 3 talleres repartidos a lo largo del año natural sobre distintos temas de salud. Al finalizar los talleres se pasará un cuestionario de satisfacción para conocer el grado de aceptación del taller y si los conocimientos les serán útiles para mejorar o mantener los hábitos de salud.

#### DURACIÓN

El presente proyecto se iniciará en el año natural 2018, desde Enero hasta Diciembre, repartiendo un taller en cada cuatrimestre.

#### 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 - 2018/0552

### 1. TÍTULO

#### DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA CAMARA ABON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA  
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MOTIS MONTES GABRIEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo de 2018 se informó al resto del equipo del proyecto a realizar y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.

En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.

En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al indicador : número de niños de 2º primaria que acuden a los talleres/ número total de niños de 2º primaria: acudieron el 100% de los niños a la primera sesión. (El estándar que se esperaba alcanzar era del 95%) Como todavía no hemos realizado la segunda sesión no podemos valorar el segundo indicador.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/552 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0552

Título  
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:  
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje.

En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años).

Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios.

A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

### 1. TÍTULO

#### DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
- 2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
- 3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

#### MÉTODO

Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud.

Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo.

Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables.

Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

#### INDICADORES

Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.

Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.

El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.

Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres

El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

#### DURACIÓN

Mayo de 2018:

Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.

Elaboración de la encuesta alimentaria.

Elaboración de panfletos/pegatinas.

Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.

Junio de 2018:

Encuesta alimentaria a los niños.

Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.

Reparto de panfletos/pegatinas.

Octubre de 2018:

Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.

Diciembre de 2018:

Encuesta alimentaria a los niños.

Enero de 2019:

Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.

Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

#### 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 - 2018/0556

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES CUY GODINA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA  
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BETRIAN HERRERA PATRICIA  
PASCUAL FRANCO MONICA  
RAMOS ESPAÑOL JUDIT  
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA  
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA  
CAMARA ABON ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
ACTIDADES REALIZADAS.

Marzo 2018

Elegimos proyecto de mejora para el Centro de Salud de Tamarite de Litera.

Abril 2018

Iniciamos proyecto de mejora que finalizara en Enero de 2020.

A finales del mes de abril se solicito a la dirección de Atención primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos de todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Tamarite.

Mayo 2018

Se realiza sesión clínica para todos los profesionales del centro de salud para informar sobre el proyecto y desarrollo de este. En esta reunión se entrega a los profesionales de enfermería el listado de pacientes con tratamiento con inhaladores.

Junio 2018

Se realizo:

\* Hoja de registro (Paciente/ diagnostico de EPOC/ Uso de inhalador correcto)

\* Encuesta sobre conocimiento en uso de inhaladores (Anexo 1)

Junio 2018- Junio 2019

Captación de pacientes en consulta de enfermería.

Septiembre- Octubre 2018

Reciclaje de los profesionales de enfermería en la realización de espirometrías. Previamente realizada formación específica en espirometrías en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

Septiembre 2018

Comenzamos con la realización de espirometrías y entrega de encuestas para valoración.

Octubre 2018

En el centro de salud hemos creado un registro de espirometrías donde se registra fecha de realización de espirometrías, paciente fumador o ex fumador, utilización de inhaladores, diagnostico de EPOC, información para realizar espirometría, cumplimiento de las normas para realizar espirometría, técnica del paciente, colaboración del paciente, calidad de espirometría.

PROCEDIMIENTOS PENDIENTES DE REALIZAR

-Seguir captando pacientes.

- Realización de espirometrías de los pacientes de nueva captación.

- Realización de sesiones clínica mensuales para nueva adquisición de conocimientos en nuestros paciente con diagnóstico de EPOC (tanto a los pacientes diagnosticados como los nuevos pacientes diagnosticados).

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556**

**1. TÍTULO**

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR**

- Realizar formación a cuidadores, profesiones de residencias de ancianos

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN USO INHALADORES EN EPOC

Encuesta anónima

Por favor, marque con una X en el recuadro la respuesta

Fecha: ...../...../.....

\* Sexo:

Hombre ? Mujer ?

1.- ¿Qué medicamentos inhalados usa?. Escribalos

.....  
.....

2.- ¿Lo inhala directamente?

a. Sí ?

b. No ?

3.- ¿Utiliza cámara?

a.- Sí ?

b.- No ?

4.- Cuando tiene que administrarse dos medicamentos, ¿cuál es el que se toma primero?. (Escribalos en el orden en que se administra. )

1º:  
.....

2º .  
.....

5.- ¿Le han explicado en alguna ocasión cómo utilizar un inhalador?

a. Sí ?

b . No ?

6.- ¿Ha recibido otro tipo de consejos sobre el uso de inhaladores?

a.- Si ?

b.- No ?

7.- Respecto a la técnica de inhalación, usted realiza:

a. Primero: Espiración previa (vaciar los pulmones ) Sí ? No?

b. Segundo: Inspiración post espiración (llenar los pulmones) Sí ? No?

c. Tercero : Apnea después de inspirar (aguntar sin respirar ) Sí ? No?

8. ¿Cuántos segundos considera necesario aguntar?

a. Menos de 5 ?

b. Entre 5 y 10 ?

c- Lo que aguante (escriba cuantos segundos) ?

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

9.- En caso de tener que tomar otra dosis. ¿Cuánto tiempo espera?

- a. Me lo aplico directamente tras la anterior inhalación ?
- b. Espero 30 segundos ?
- c. Espero más de 30 segundos ?

10.- ¿Limpia el dispositivo de inhalación?

- a. Si ?
- b. No ?

11.- Con qué frecuencia se olvida de tomar los Inhaladores?

- a. Nunca
- b. A veces:

- i. Mañana ?
- ii. Tarde ?
- iii. Noche ?

c. Cuando estoy sin síntomas

12.- ¿Se enjuaga la boca después de usar el inhalador?

- a. Siempre ?
- b. Nunca ?
- c. A veces ?

13.- ¿ Desde que usa el inhalador ha tenido alguna vez alguna infección de las que le comentamos a continuación?

- a. Ulceras bucales ( heridas abiertas en la boca ?
- b. Candidiasis bucal en lengua o mejillas (manchas blancas en la boca) ?
- c.- Otros (especificar)

.....  
Gracias por colaborar

C. S. Tamairte de Litera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS

Resultados pendientes

Indicador 1:

Prevalencia de EPOC:

Numerador: Población entre 40 -79 años con diagnostico de EPOC

Denominador: Población asignada entre 40-79 años

Objetivo es alcanzar el 3.5%

Indicador 2:

Pacientes con Tratamiento con Inhaladores:

Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores.

Denominador: paciente que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objeto es que asista el 30%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Indicador 3:

Espirometrías:

Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.

Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores.

Objetivo: Realizar espirometrías al 40% de los pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. CONCLUSIONES

Desde el centro de salud de Tamarite de litera elegimos este proyecto ya que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad Infradiagnosticada, ya que en poco tiempo que llevamos haciendo espirometrías hemos captado nuevos pacientes. Al principio de comenzar nuestro proyecto de mejora se nos complico un poco la labor ya que el espirómetro del centro no reunía las condiciones necesarias para realizar espirometrías, eso nos dificulto el trabajo. Una vez solucionado el problema continuamos con el proyecto según lo planificado.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/556 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0556

Título  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Autores:  
CUI GODINA MARIA ANGELES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, CAMARA ABON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud. El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años. Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados. Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

#### RESULTADOS ESPERADOS

? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

##### MÉTODO

- ? Creación de un grupo de mejora.
- ? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)
- ? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.
- ? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.
- ? Inclusión del episodio "EPOC" en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.
- ? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.
- ? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

##### INDICADORES

Prevalencia EPOC:  
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC  
Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad  
Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:  
Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores  
Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores  
Nuestro objetivo es que asista el 30%

##### Espirometrías

Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.  
Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores  
Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

##### DURACIÓN

1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este. (mayo 2018)
4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre 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 - 2018/0666

### 1. TÍTULO

#### PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JUDIT RAMOS ESPAÑOL  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS TAMARITE DE LITERA  
· Localidad ..... TAMARITE DE LITERA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTILLO LOPEZ ANA DELIA  
GALLEGO BARRABES SUSANA  
BETRIAN HERRERA PATRICIA  
CUI GODINA MARIA ANGELES  
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA  
RAMOS ESPAÑOL PILAR  
PEIRAU ESCUER MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO 2018

Elegimos proyecto de mejorara CS Tamarite.

ABRIL 2018

Sesión informativa a miembros de CS Tamarite.

- Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.
- Actividades a realizar en el proyecto.
- Población diana.

MAYO 2018

Se reúne el equipo de trabajo para organizar y realizar reparto de tareas.

- Realización de trípticos informativos.
- Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud y consultorios pertenecientes a CS Tamarite.

(ANEXO 1).

- Encuesta de hábitos higienice dietéticos para entregar al iniciar la actividad y finalizar la actividad
- Encuesta de satisfacción (ANEXO 2).
- Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias.

JUNIO-SEPTIEMBRE 2018

- Captación de pacientes con riesgo cardiovascular en las consultas de At. Primaria.
- Entrega de trípticos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.
- Se colocan carteles informativos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

SEPTIEMBRE 2018

- Según el cronograma presentado en el acuerdo de gestión, se iniciaban las sesiones por grupos de edad. No se pudo comenzar con la actividad por problemas de falta de personal en el equipo y cambios en el centro.

OCTUBRE 2018

- Se forman los grupos por edades para iniciar las sesiones de "Pasito a Pasito".

OCTUBRE- DICIEMBRE 2018

- Responsable del proyecto de mejora, realiza curso online "3ª Ed. Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios"

DICIEMBRE 2018

- Se inicia sesiones Pasito a Pasito por la Litera. Se realizan dos sesiones por semana en Tamarite de Litera, Lunes de 10.30h a 11.30h (mayores de 65años), viernes de 10.30h a 11.30h (menores de 65años) y en Albelda (mayores de 65 años) los jueves de 10.30h a 11.30h.

ANEXO 1

Actividad Física que realiza usted:

¿Realiza ejercicio físico todos los días? (caminar, ir en bici, nadar...)

- 1-. Si
- 2-. NO

-¿Crees que realizas suficiente actividad física?



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

### 1. TÍTULO

#### PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

- 1-. Si
- 2-. NO

¿Crees que la actividad física que realizas es adecuada?

- 1-. Si
- 2-. NO

¿Sigues alguna rutina?

- 1-. SI
- 2-. NO

¿Va solo a caminar?

- 1-. Si
- 2-. NO

#### ANEXO 2

##### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

- ¿Le ha gustado la iniciativa Pasito a Pasito, Paseos saludables por la Litera?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le han gustado los recorridos realizados en las sesiones?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le han parecido bien los horarios?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿ Le ha parecido bien el número de participantes?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le ha parecido bien la duración de las sesiones?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Lo recomendaría algún amigo o vecino del pueblo?

- 1-.SI
- 2-.NO

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### INDICADOR 1

La evaluación de los resultados se realizara mediante la cumplimentación de una encuesta al principio de la primera sesión (ANEXO 1) y otra encuesta que entregaremos a los pacientes dos meses después de terminar las sesiones (ANEXO 1). Con esta encuesta valoraremos:  
A los dos meses de finalizada la actividad, el 50% de los pacientes seguirán con una correcta rutina del ejercicio diario.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº asistentes que 2 meses después sigue caminando}}{\text{Nº asistentes totales a las sesiones}} \times 100$$

Nº asistentes totales a las sesiones

##### INDICADOR 2

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

### 1. TÍTULO

#### PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno completaran el total de las sesiones.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº de asistentes que completan el total de sesiones}}{\text{Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad}} \times 100$$

#### INDICADOR 3

Se entregara a todos los participantes una encuesta de satisfacción (ANEXO 2). El 80% de los pacientes se mostraran satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

Formula del indicador=  $\frac{\text{Nº de asistentes satisfechos con la actividad}}{\text{Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión}} \times 100$

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando elegimos este proyecto de mejora teníamos la duda de si a los paciente les iba a gustar esta actividad, ya que desde las consultas de At. Primaria de nuestro centro se apreciaba una necesidad importante que había que abordar, la actividad física. La verdad es que casi llevamos 2 meses realizando las sesiones y ha tenido muy buena acogida por parte de los pacientes, si todo evoluciona como hasta ahora, lo más seguro es que haya que crear nuevos grupos de paciente para que no sean muy multitudinarias estas sesiones. En el pueblo de Albelda donde hay un consultorio perteneciente a nuestro centro de Salud, se ha creado grupo donde se va caminar una vez por semana por su buena acogida, ya que en un principio los paseos solo iban a realizar en Tamarite. Una de las pocas complicaciones en realizar esta actividad, es que tienen que participar muchos de los profesionales del centro ya que en cada sesión se necesitan dos profesionales (no todos los paciente llevan el mismo ritmo caminando), lo que supone bloquear consultas, en el caso de nuestro centro consultas de enfermería. Por tanto en nuestro centro seguiremos con este proyecto de mejora ya que ha tenido muy buen acogido tanto por los pacientes como por los profesionales, por el aumento de las relaciones sociales entre nuestro participantes y además de la importancia que tiene la actividad física en nuestro paciente con riesgo cardiovascular.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/666 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0666

Título  
PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Autores:  
RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, GALLEGU BARRABES SUSANA, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

Enfoque .....

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

### 1. TÍTULO

#### PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores. Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

##### RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

##### MÉTODO

Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.  
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.  
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.  
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizarán diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud  
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física. Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

##### INDICADORES

La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.
4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.
5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

##### DURACIÓN

- Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
- Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
- Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
- Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
- Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
- Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
- Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

##### 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 - 2016/1476

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICTOR VALLES GALLEGO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROMERO NEVADO FERMIN  
ANDRES BITRIAN DEL CACHO  
RUIZ ALMENARA VALENTIN  
GUEVARA LOPEZ TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Proyecto que necesita más tiempo para su implementación. Retraso en la compra de ecógrafos hasta noviembre 2017.

Difusión del Proyecto a los coordinadores de todos los Centros de Salud. Información a los profesionales y captación de los interesados.

Actividades formativas:

1er Curso en mayo 2017 organizado en Barbastro por la Unidad Docente. 11 asistentes del Sector Barbastro.

2º Curso del 11 al 14 de diciembre en Barbastro, organizado IACS. 18 asistentes.

Dotación de ecógrafos a 5 Centros de Salud: Aínsa, Binéfar, Fraga, Graus y Monzón.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de profesionales con formación básica: 18
  - % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad: 66%
- Aínsa, Barbastro, Benabarre, Binéfar, Fraga, Graus, Lafortunada, Monzón Urbano, Monzón Rural y Tamarite.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hay profesionales interesados en incorporar la ecografía a su práctica clínica.
- La formación realizada ha sido bien valorada y motivadora, aunque no es suficiente para realizar ecografías clínicas con seguridad. Es necesario facilitar la práctica con tutorización y el acceso a formación avanzada, al menos a varios de los profesionales con formación básica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1476 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1476

Título  
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:  
VALLES GALLEGO VICTOR, ROMERO NEVADO FERMIN, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, GALINDO SERRANO IZARBE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, LERIS OLIVA JOSE MARIA, GUEVARA LOPEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica ..: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La Ecografía es una técnica inocua que puede reproducirse, mínimamente invasiva y muy útil para el despistaje

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

de varias patologías para la cuales se solicitan otras pruebas de elevado coste y no exentas de riesgos. Se trata de una exploración que cada se solicita más, tanto por los especialistas del hospital como de atención primaria, y que genera en el Sector de Barbastro una elevada demora, de más de 6 meses en muchos casos. La escasez de radiólogos, ocupados en interpretar pruebas complicadas y más invasivas es una de las causas de esta demora, por lo que los médicos en un intento de ser prácticos y llegar al diagnóstico lo antes posible soliciten esas mismas pruebas que colapsan los servicios de radiología. La Ecografía ya se ha demostrado muy útil en manos de los Médicos de Familia bien formados y habituados, en colaboración con Radiología, disminuyendo secuelas causadas por la espera, con abaratamiento de costes y percepción del usuario de una mejora del servicio. También permite el seguimiento de lesiones en el tiempo, que no se puede llevar a cabo por la demora actual.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Formar médicos de atención primaria para la realización de ecografías clínicas.
- Iniciar la actividad en un centro piloto (CS Barbastro) que por su proximidad al hospital puede favorecer las actividades formativas y la coordinación con radiología.
- Extender la oferta a otros centros de Salud conforme haya disponibilidad de ecógrafo y estén los profesionales formados.
- Aumentar la oferta de pruebas diagnósticas en AP y la capacidad de resolución, adaptándose así a las tendencias actuales de la profesión.
- Generar un entorno colaborativo con el servicio de radiología que permita priorizar las exploraciones ecográficas y discriminar las ecografías clínicas, que pueden ser realizadas e interpretadas por el médico de AP, de aquellas otras que precisen de realización o informe por radiología.
- Creación de interconsulta virtual con radiología para valorar la concordancia, priorizar ecografías preferentes y facilitar la formación continuada.
- Disminuir listas de espera introduciendo la Ecografía en AP, como método de despistaje diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción del usuario y de profesionales.

#### MÉTODO

- Establecer oferta formativa en Ecografía para profesionales de Atención Primaria. Cursos básicos y aprendizaje avanzado con tutorización del Servicio de Radiología.
  - Diseño de protocolos de actuación (admisión, medicina de familia e interconsulta) y seleccionar motivos de consulta principales.
  - Habilitar consulta en CS Barbastro: línea de datos, ecógrafo.
- Agenda en OMI para ecografías.
- Interconsulta virtual con radiología (diagnósticos preferentes o imágenes dudosas). Sesión de difusión del protocolo en el centro de salud. Designar responsable en CS.
  - Extender este programa progresivamente en CS con médicos con formación.

#### INDICADORES

- N° de profesionales con formación básica.
- % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad.
- n° de ecografías realizadas por médico de atención primaria y por centro de salud.
- % de ecografías resueltas por AP (capacidad de resolución).
- % de ecografías que se solicita interconsulta a radiología.
- % de ecografías que se ajustan a protocolo (estudio de pertinencia)
- Estudio del impacto en las listas de espera hospitalarias de ecografías
- Estudio de concordancia por pares (% diagnósticos AP que coinciden con radiólogo)
- Estudio de satisfacción (profesionales y de usuarios).

#### DURACIÓN

Primer trimestre 2017:  
Dotación de ecógrafo al CS Barbastro  
Curso de formación básica en ecografías  
Elaboración de protocolos (indicaciones, circuitos)  
Crear agendas OMI, adecuar Intranet (interconsultas) y RIS-PACS

2º-3º trimestre:  
Formación avanzada y estudio de concordancia  
Inicio actividad en el CS Barbastro.  
Interconsulta virtual con radiología

4º trimestre:  
Implantación progresiva en 1 ó 2 CS.

1º trimestre 2018:  
Análisis de la actividad, evaluación de indicadores, propuesta de acciones de mejora.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

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 - 2018/0101

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION SOBRE FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MONCLUS MURO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... DAP BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

PUEYO ACIN ARANCHA  
BERNUES SANZ GUILLERMO  
PALACIN ELTORO BEATRIZ  
PIÑOL JANE ANA  
ARESTE ALBA NURIA  
BORDAS BUIL YOLANDA  
GONZALEZ GARCIA MARISA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han creado un grupo multidisciplinar (médico de atención primaria, EAP, enfermería de salud mental) para seguimiento del proyecto y distribución de cargas de trabajo
- 3 reuniones en 2018
- Reuniones con el SARES-Huesca para coordinación y elaboración de documentación común
- Se está elaborando un protocolo de derivación de paciente con enfermedad mental grave y RCV alto a consulta de enfermería de AP. Protocolo finalizado en revisión
- En EAP Barbastro se ha abierto (con agenda activa) de una consulta monográfica de asesoramiento nutricional y ejercicio físico
- Revisión de indicadores (se propone eliminar uno e incorporar otro de resultado)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº de EAPs con consulta Monográfica de tabaquismo/ 15 x 100 : 7 de 15 Centros de Salud en el Sector de Barbastro.  
Nº de EAPs con consulta Monográfica de Nutrición y Actividad física/ 15 x 100: 1 de momento.  
Actualmente se están revisando los indicadores, que sean adecuados para medir los objetivos del proyecto. Algunos no se han podido medir porque no se han diseñado las SQL.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- En 2018 se ha avanzado poco en el proyecto, ya que ha habido diferentes cambios y problemas de personal en los miembros del grupo (sustituciones por falta de personal), lo que ha dificultado programar reuniones y avanzar en los objetivos.
- Se propone continuar en 2019 con los mismos objetivos que los planteados en 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/101 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0101

Título  
ABORDAJE DEL RIESGO CARDIO VASCULAR EN PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO

Autores:  
MONCLUS MURO ANA, PUEYO ACIN ARANCHA, BERNUES SANZ GUILLERMO, PALACIN ELTORO BEATRIZ, PIÑOL JANE ANA, ARESTE ALBA NURIA, BORDAS BUIL YOLANDA, GONZALEZ GARCIA MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

#### TEMAS

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0101

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION SOBRE FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Se detecta insuficiente intervención poblacional de promoción de la salud y de aquellos estilos de vida, factores ambientales y sociales que favorecen la salud y disminuyen la aparición de la Enfermedad Cardio Vascul ar (ECV), con gran variabilidad en la forma de abordar las intervenciones.

Baja cobertura (diagnóstico) de los factores de riesgo..

Indicador bajo de RCV con infradiagnóstico de Hta, Tabaco, Dislipemia, Diabetes y Obesidad.

##### RESULTADOS ESPERADOS

###### OBJETIVO PRINCIPAL

Mejorar la valoración de riesgo cardiovascular, especialmente en personas con algún factor de riesgo, personas desfavorecidas (trastorno mental grave) y/o en zonas básicas "donde se haya detectado especialmente bajo".

##### RESULTADOS INTERMEDIOS

Desarrollar un aumento en los cambios de conducta en personas con obesidad como factor de riesgo CV --bajar de peso.

Desarrollar un aumento en los cambios de conducta en personas fumadoras como factor de RCV: ----dejar de fumar Apertura de consultas monográficas sobre Tabaquismo, Nutrición y Actividad Física en los centros de Salud.

##### MÉTODO

1.- Crear un grupo de trabajo y desarrollar las acciones necesarias para el funcionamiento de Consultas Monográficas de Tabaquismo, Nutrición y Actividad Física en cada zona básica de salud.

2.- Establecer los criterios de derivación a estas consultas desde los propios centros de salud y desde la USM.

3.- Definir actividades para la difusión entre los profesionales y la población.

##### INDICADORES

Nº de EAPs con consulta Monográfica de tabaquismo/ 15\* x 100 : > 90% (A definir criterios de derivación, durante el proceso)

\* 15 Centros de Salud en el Sector de Barbastro

Nº de EAPs con consulta Monográfica de Nutrición y Actividad física/ 15 x 100 Valor Objetivo > 90% (A definir criterios de derivación )

\* 15 Centros de Salud en el Sector de Barbastro

Pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) vistos por enfermería de la Unidad de Salud Mental (USM) con RCV calculado/Total de pacientes con TMG vistos por enfermería de USM x 100 Valor Objetivo : A definir durante el proceso.

##### Observaciones del indicador:

Pacientes de entre 35 - 74 años con TMG vistos por enfermería de la USM con RCV calculado, sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina (K74) o cardiopatía isquémica infarto (K75) o isquemia miocárdica crónica (K76) o arteriopatía periférica (K92) o ACV (K90) o AIT (K89); con episodio abierto de tabaco (P17) o diabetes (T90) o HTA no comp (K86) o HTA comp (K87) o hipercolesterolemia (T93) o IMC = 30 / Total de pacientes de entre 35 y 74 años con TMG con RCV calculado, sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina (K74) o cardiopatía isquémica infarto (K75) o isquemia miocárdica crónica (K76) o arteriopatía periférica (K92) o ACV (K90) o AIT (K89); con episodio abierto de tabaco (P17) o diabetes (T90) o HTA no comp (K86) o HTA comp (K87) o hipercolesterolemia (T93) o IMC = 30, vistos por enfermería de USM x 100

Pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) vistos por enfermería de la Unidad de Salud Mental (USM) con RCV alto que se derivan a enfermería de AP/ Pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) vistos por enfermería de la Unidad de Salud Mental (USM) con RCV alto x 100 Valor Objetivo >40%

\* RCV alto: REGICOR = 10

##### Observaciones del indicador:

Pacientes de entre 35 y 74 años con TMG vistos por enfermería de la USM con RCV alto sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina (K74) o cardiopatía isquémica infarto (K75) o isquemia miocárdica crónica (K76) o arteriopatía periférica (K92) o ACV (K90) o AIT (K89); con episodio abierto de tabaco (P17) o diabetes (T90) o HTA no comp (K86) o HTA comp (K87) o hipercolesterolemia (T93) que se derivan a enfermería de AP / Total de pacientes de entre 35 y 74 años con TMG con RCV alto, sin episodio abierto de cardiopatía isquémica angina (K74) o cardiopatía isquémica infarto (K75) o isquemia miocárdica crónica (K76) o arteriopatía periférica (K92) o ACV (K90) o AIT (K89); con episodio abierto de tabaco (P17) o diabetes (T90) o HTA no comp (K86) o HTA comp (K87) o hipercolesterolemia (T93) o IMC = 30 vistos por enfermería de USM x 100

##### DURACIÓN

Constituir Grupo de trabajo para el proyecto--- febrero 2018

Constituir Subgrupos de trabajo: marzo 2018



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0101

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION SOBRE FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO CARDIOVASCULAR

-Subgrupo 1: Grupo de trabajo que desarrolle estrategias para impulsar acciones Comunitarias relacionadas con perder peso y el tabaquismo.

-Subgrupo 2: Diseño de actividades para dar la formación necesaria y actuar donde hay más problema, individualizando por zonas básicas de salud ("evitando usar la talla única")---marzo 2018

-Subgrupo 3: Diseño de actividades para desarrollar criterios de derivacion de los pacientes con Trastorno mental grave con RCV alto a su médico y enfermera de familia. ---marzo 2018

Crear Consultas monograficas de Tabaquismo, Nutrición y Actividad Física en los centros de Salud.---Octubre 2018

Desarrollar actividades de difusión entre la población y los profesionales. ---Primer trimestre 2019

#### 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 - 2018/0106

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

VALLES GALLEGO VICTOR  
BUISAN GIRAL MARIA JOSE  
COSCOJUELA QUIROGA ANA  
EITO CATIVIELA JOSE LUIS  
BLASCO OLIETE MELITON  
AURED DE LA SERNA ISABEL  
BADIA PLAYAN CARRODILLA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Incluido en cartera de servicios de AP
- 4 reuniones de dirección de AP con servicio de digestivo y laboratorio. También había representantes asistenciales de atención primaria
- 6 sesiones clínicas / formación en EAP (Barbastro, Monzón, Aínsa, Binéfar, Graus, Fraga) de 1 hora de duración para explicar los criterios de utilización del test y el procedimiento de realización. La totalidad de los EAP (15) han acudido a esta formación en el centro más cercano. La formación se impartió por parte de medicina y enfermería del servicio de digestivo
- Actualmente todos los EAP pueden solicitar / realizar tests desde AP, ya que se han distribuido por los centros hasta que se ha agotado el stock (la falta de tests se inició en verano)
- Se ha establecido el sistema de petición en OMI-AP y la integración de los resultados en OMI como una prueba de laboratorio más
- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.
- Todos los Equipos de AP han recibido formación y han iniciado actividades para su puesta en marcha.
- El proyecto está muy avanzado, aunque no podemos medir resultados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto está muy avanzado, se ha trabajado la coordinación entre atención primaria, digestivo y laboratorio, y la organización de la logística de las pruebas, pero está pendiente de poder analizar resultados.
- Tenemos muchos problemas relacionados con el desabastecimiento, que han complicado el seguimiento/evaluación del proyecto.
- Necesitamos continuar con el proyecto en 2019 para consolidarlo, que los profesionales incorporen a su práctica diaria estas actividades, poderlo evaluar e iniciar nuevas acciones de mejora.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/106 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0106

Título  
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

Autores:  
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, VALLES GALLEGO VICTOR, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, COSCOJUELA QUIROGA ANA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BLASCO OLIETE MELITON, AURED DE LA SERNA ISABEL, BADIA PLAYAN CARRODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos: Cartera servicios AP

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

#### PROBLEMA

Infradiagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnóstica (Test del Aliento) por parte de los M.F. En AP de nuestro sector no se realiza el Test del *Helicobacter* en AP. Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P. Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnóstico, la comunicación de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados, la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicación tras el tratamiento. El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnóstica y desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y características de cada EAP.
- Creación de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

#### MÉTODO

- 1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
- 2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapéutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
- 3.- Adecuación del procedimiento informático. Modulab va a actuar como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de *Helicobacter Pylori*, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
- 3.-

#### INDICADORES

- Nº total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / nº de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo período X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
  - Nº de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
  - Nº de test positivos durante 2018 / nº de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
  - Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
- A desarrollar SQL (DGA)

#### DURACIÓN

Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre de 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 - 2018/0493

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA PEREZ SARASA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CENTRO SANITARIO BAJO CINCA  
· Localidad ..... FRAGA  
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS  
· Sector ..... BARBASTRO

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

BERDALA CLEMENTE RAQUEL  
CASTELLA SEGARRA MARTA  
ARIÑO BAILO VANESA  
LAPEÑA LLERA ANABEL  
COSTA MENEN ELENA  
DUESO CORVALAN MARI CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Seguimiento del Protocolo Autonómico de contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control de DIUS a las matronas de AP  
Reunión del grupo de trabajo.  
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.  
Taller práctico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón como formadora SEC en Hospital de Barbastro el día 7 de noviembre del 2018 de 5 horas de duración.  
Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las mujeres atendidas en el CS Fraga que solicitan información para IVES en los cinco últimos años han sido 144 De ella un 78.8 % son extranjeras y de las extranjeras las mujeres de Europa del Este suponen el 81,3% de las demandantes de IVES. En 2017 llama la atención que el 41,9% de las mujeres atendidas habían tenido un IVE previo. En 2018 se han atendido 18 mujeres que solicitan IVE, 13 menos que en 2017.  
En 2018 se han controlado 199 mujeres embarazadas, de las cuales 103 eran Españolas (51.5%) y Extranjeras 97 (48.5%), siendo el porcentaje mayor los correspondientes a las nacionalidades de Rumania, Bulgaria y Marruecos. En este año observamos una disminución de mujeres que acuden a solicitar IVES es del 41,9%, en especial en el grupo de extranjeras que ha disminuido en un 46,1%  
El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 año el año 2016 a 164 en 2017 Y 206 en 2018, su uso se ha incrementado en un 403% en dos años, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias.  
En Atención Especializada se han colocado en 2017 solamente 21 implantes anticonceptivos y 50 en 2018  
En 2016 se colocaron 9 implantes en urgencias de ginecología, en especial a mujeres en riesgo de exclusión para facilitarles el acceso al método. En 2017 solo se ha insertado uno y en 2018 ninguno ya que la incorporación de las matronas a esta actividad facilita la captación de grupos de riesgo y la inserción de métodos seguros sin demora dependiente de la consulta de ginecología. En urgencias en 2016 se instauraron 51 métodos LARC y en 2018 solo 22, incluyendo en ellos los DIUS MIRENA que se insertan por SMA.  
En Atención especializada seguimos haciendo la retirada de los implantes .  
DIUS: El gasto por DIUS de LNG de 5 años ( Jaides y Kylena) en 2018 ha sido de 57, 48% más que el año anterior. Consideramos que puede tener utilidad en las jóvenes como método anticonceptivo y como tratamiento de dismenorreas y otras patologías y que es un método a potenciar.  
Los DIUS de LNG en 2016 se colocaron 118, en 2017 unos 164 y en 2018 se han insertado 178.  
En total se insertaron en las consultas de ginecología del Sector en 2018 unos 410 LARC, 109 más que en 2016  
Demora en Consultas de ginecología para atender Inserción de métodos LARC. En Diciembre de 2016 teníamos una demora media de más de 90 días y en 2017 de 29 días para atender una la inserción métodos LARC. En Diciembre de 2018 la demora media ha sido diferente en las consultas Monzón y Barbastro, siendo ésta de más de 90 días por problemas de falta de personal, mientras que en Fraga la demora ha sido de 20 días. A fecha 30 de enero no hay demora en ninguna consulta por la realización de consultas extraordinarias y a la disminución de demanda por anticoncepción de bajo riesgo que la asumen los equipos de Atención Primaria.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas: 90 %  
Número de DIUS insertos en consultas en 2018: 292  
Numero de DIUS en nulipara 2018: 30  
Número de implantes insertados por Atención Primaria 2018: 206  
Numero de implantes insertados por Atención especializada en 2018: 50  
Numero de implantes retirados por mala tolerancia en AP en 2018 : 2  
Control de complicaciones. 1 IMPLANTE POR INFECCIÓN DE LA HERIDA  
La población en edad fértil que asistimos en el Sector Barbastro, es compleja, el porcentaje de mujeres extranjeras atendidas en el parto en el hospital es del 35% y en algunas consultas, como Fraga, llega al 48%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

con 18 nacionalidades diferentes.

Se trabaja para informar sobre anticoncepción y evitar IVES de repetición, captando mujeres de riesgo por matronas de Atención Primaria y matronas de Planta y facilitarles el acceso a métodos seguros.

Destacar la importancia del implante anticonceptivo como método de larga duración, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la instauración del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.

El incremento en la inserción de métodos LARC permite ofrecer una anticoncepción segura y eficaz en el Sector.

El 21% de las mujeres atendidas en CE. de Fraga para LARC había tenido IVES previos.

En 2018 han disminuido las mujeres que solicitan IVES, desconocemos si es por la mayor oferta de métodos seguros o es circunstancial.

Consideramos necesario trabajar coordinadamente, enfermería, matronas y ginecólogos para facilitar la contracepción segura.

El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, disminuye la presión asistencial y la demora para poder instaurar los métodos LARC seguros y con alta eficacia.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/493 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0493

Título  
COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:  
PEREZ SARASA SUSANA, BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GASCON MAS ELENA, ARIÑO BAILO VANESA, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, COSTA MENEN ELENA, DUESO CORBALAN CARMEN, IERICIBAR MIR LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Anticoncepción  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

#### PROBLEMA

En el Sector Barbastro trabajan,matronas de AP, enfermería y ginecólogos, facilitando la información en contracepción y la accesibilidad a las consultas, en especial a mujeres en riesgo de exclusión.

En 2015, iniciamos un Plan de Mejora, para informar en el puerperio inmediato sobre métodos LARC. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos. El implante, era bien aceptado en etnia gitana e inmigrantes.

Seguimos trabajando el circuito asistencial en el postparto inmediato.

En 2015, se inició en AP la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas,

El 33% de los partos atendidos en 2017 en H.de Barbastro, son inmigrantes y en consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por barrera idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos.

- Información contraceptiva en puerperio inmediato.
- Dar información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Potenciar uso de métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en cta. especializada.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

### 1. TÍTULO

#### COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

#### MÉTODO

Presentación del Protocolo Autonómico en S. de ginecología y realización de reunión conjunta con las matronas de AP para valorar las novedades.  
Curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en H.de Barbastro el 29/09/2016.  
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.  
Taller practico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón, formadora SEC en H. de Barbastro el 14/11/2017 (5h)  
Información contraceptiva en el puerperio inmediato y si son de riesgo, derivar a consulta especializada.  
RESULTADOS 2017  
MUJERES QUE SOLICITAN IVES ATENDIDAS C.S FRAGA .  
En los 5 últimos años 144 mujeres solicitan información para IVES.  
Un 78,8 % son extranjeras (81,3% de Europa del Este) .En 2017 el 41,9% habían tenido un IVE previo  
Implantes en AP se han incrementado en un 321% en 2017.  
El nº de implantes en las consultas de zonas alejadas del hospital fue de 33 en 2017.  
DIUS: Jaides, colocados 9 en todo el Sector.  
DIUS Mirena se ha incrementado en un 29.6%  
Total insertados en consulta de ginecología 352 LARC 2016 y 322 LARC 2017.  
Demora en Cta. ginecología para Inserción de métodos LARC 30 dias.

#### INDICADORES

Nºmujeres puérperas informadas en Planta 90 %  
NºDIUS insertos en 2018.  
Nºimplantes insertos por A. P. y A. Especializada en 2018  
Nºimplantes retirados por mala tolerancia  
Control complicaciones.

#### DURACIÓN

Finalización en Dic. 2018.  
Recogida complicaciones de los implantes.  
Taller practico :Retirada implantes por matronas Nov. 2018  
Evaluación: Nov. 2018

#### OBSERVACIONES

Destacar la importancia del implante como método LARC, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la inserción por las matronas de AP permite ofértales todas las mujeres del Sector y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.  
El 21% de las mujeres atendidas en CE Fraga para LARC han tenido IVES previos.  
Es necesario seguir trabajando conjuntamente con enfermería, para captar mujeres de riesgo.  
11. ENFOQUE PRINCIPAL DEL PROYECTO  
Coordinarnos con matronas de AP para captar grupos de riesgo y simplificar el circuito de acceso a los métodos anticonceptivos seguros  
Atender de forma preferente a mujeres con patología o problemática social que lo soliciten.  
POBLACION DIANA.  
Mujeres en edad fértil que acuden a parir al hospital de Barbastro. 640  
Todas mujeres en edad fértil del Sector.  
Mujeres entre 15 y 65 años 31.731

#### 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 - 2016/1763

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO POLYCARE

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN IGNACIO COLL CLAVERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA  
SIERRA CALLAU MODESTO  
ROMERO MARCO DIONISIA  
ANGLES BARBASTRO ROSANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Siguiendo el calendario incluido en la propuesta, en esta primera anualidad se han realizado todas las actividades necesarias para la definición y desarrollo de la plataforma tecnológica para provisión de cuidados integrados sociales y sanitarios, mediante hospitalización a domicilio, a pacientes crónicos en fases de reagudización. Concretamente se han realizado las tareas necesarias para definir y desarrollar los siguientes componentes de la plataforma:

- El entorno colaborativo para crear planes de cuidados, para su puesta en marcha y seguimiento.
  - El sistema de tele-monitorización de variables clínicas mediante sensorización pasiva
  - Los sistemas de ayuda a la decisión para la gestión de alarmas relativas a la monitorización de variables clínicas, la propuesta de modificación del plan fármaco terapéutico en función de criterios start/stop para pacientes polimedcados y la propuesta adaptación de los planes de cuidados según perfil clínico del paciente.
  - Los sistemas de gamificación orientados a conseguir un paciente activo en cuanto a su perfil patológico y a observar buenas prácticas en su nuevo rol.
- Se han trabajado los criterios de inclusión y exclusión de pacientes. También las características de la prueba de concepto y del piloto necesario para la evaluación de la plataforma que se van a bordar en la segunda anualidad.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha desarrollado la primera versión de plataforma tecnológica integrada compuesta por los componentes enumerados en el apartado anterior. Esta lista para abordar su validación mediante una prueba de concepto y un piloto.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No aplica en esta fase. Esperamos describir las lecciones aprendidas después de la prueba piloto, en la próxima memoria.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1763 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1763

Título  
PROYECTO POLYCARE

Autores:  
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, EITO CUELLO JUAN JOSE, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, SIERRA CALLAU MODESTO, ROMERO MARCO DIONISIA, ANGLAS BARBASTRO ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO POLYCARE

##### PROBLEMA

POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".

El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.

Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.

En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, Contrato Programa 2017

51

que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.

Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos avanzar en dos cosas:

Revisar los criterios de inclusión para pacientes

Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de actuación del Call center

Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en fases de exacerbación y en situación de hospitalización a domicilio.

##### RESULTADOS ESPERADOS

PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A DOMICILIO

##### MÉTODO

El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios. Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.

El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas. Se realizarán tareas de definición de requisitos, de participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio. Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en programa, definición del plan de cuidados integrado social y sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en situación de hospitalización a domicilio.

##### INDICADORES

Durante toda la fase de pruebas se recogerá información



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO POLYCAR

para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la provisión de servicios de atención integrada en situación de hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

DURACIÓN  
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES  
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.  
La colaboración entre Atención Especializada, Atención Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este proyecto.

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 - 2018/1032

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMADO TAPIA LANUZA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CATENA LACOMA MARIA JOSE  
ROBRES GUILLEN MARIA PILAR  
LOPEZ SANCHEZ BELEN  
COSTA CATALAN PALOMA  
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA  
PEREZ PEREZ ANA BELEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado en el sistema informático del Laboratorio un algoritmo para detectar aquellas muestras de orina de Urgencias que presentan sospecha de tener una infección del tracto urinario (ITU) en base a los resultados obtenidos en el análisis cualitativo realizado.

Se ha implando el procedimiento para crear automáticamente el cultivo de orina en las muestras seleccionadas por el algoritmo y para incluir en el informe de urgencias un comentario que avise al médico solicitante de que el cultivo está en curso.

Se ha establecido el sistema para la conservación de las muestras, de modo que puedan ser sembradas en el próximo turno de trabajo de Microbiología y se ha notificado a todo el personal técnico del Laboratorio.

Se ha comunicado a los facultativos de Urgencias que no es necesario que realicen solicitud de cultivo ni envíen muestra para aquellos paciente bb que les hemos enviado el comentario "cultivo en curso"-

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad, la totalidad de las muestras recibidas en el Laboratorio procedentes del Servicio de Urgencias está siendo filtradas y detectados los casos de sospecha de ITU, según los resultados de los análisis. A todas ellas se les solicita el cultivo de orina y la muestra es guardada para su posterior siembra.

Aproximadamente 40 muestras mensuales cumplen los criterios y son procesadas por este sistema. Los resultados de los cultivos muestran que el 80 % de ellas tienen un informe como cultivo positivo y se incluye el antibiograma.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son muy positivos facilitando y agilizando la labor de los profesionales de urgencias y evitando que algunos pacientes se marchen de alta sin el correspondiente cultivo y antibiograma, cuando procede.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1032 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1032

#### Título

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA ENLABORATORIO

#### Autores:

TAPIA LANUZA AMADO, CATENA LACOMA MARIA JOSE, ROBRES GUILLEN MARIA PILAR, LOPEZ SANCHEZ BELEN, COSTA CATALAN PALOMA, SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, PEREZ PEREZ ANA BELEN, CLUSA BARRABES CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología .....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En la actualidad, las muestra de orina recibidas de pacientes ambulatorios para análisis cualitativo y sedimento, cuyos resultados cumplen con los criterios establecidos por el Laboratorio para considerar que el paciente sufre una infección del tracto urinario (ITU), son derivadas a la sección de Microbiología para su cultivo. Esto evita que el médico tenga que solicitar el cultivo en una nueva muestra, adelanta la identificación del germen causante y su antibiograma, y permite la instauración de un tratamiento precoz adecuado en base a las sensibilidades mostradas. Los resultados obtenidos son muy buenos: entre el 1 y 2 % de las muestras totales analizadas son derivadas para cultivo y más del 80 % de estas tienen un resultado positivo y se informa el antibiograma. Las muestras de urgencias han estado hasta la fecha excluidas de este procedimiento, sobretodo por la complejidad añadida que supone su gestión fuera del horario de actividad normal del Laboratorio. Hemos detectado que a los pacientes con sospecha diagnóstica de ITU en el Servicio de urgencias se les instauro tratamiento empírico y se les remite a su médico de cabecera. Este cuando recibe al paciente no dispone de la confirmación del cultivo positivo ni del antibiograma para comprobar la idoneidad del tratamiento. Consideramos que este proyecto, con un uso muy limitado de recursos, puede mejorar notablemente la atención a los pacientes que acuden al servicio de Urgencias con ITU y favorece la continuidad de la asistencia en Atención Primaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### Objetivos:

- 1- Detectar a aquellos pacientes que acuden a Urgencias con ITU
- 2- Implantar una sistemática que permita realizar el cultivo de orina y el antibiograma, cuando este sea positivo, a partir de la muestra analizada en el Laboratorio con carácter urgente.

##### Población diana:

Número total de pacientes con análisis cualitativo de orina de Urgencias aproximado 600/mes. Cumplen los criterios de ITU entre un 5 y un 10 % (30-60 pacientes /mes).

#### MÉTODO

##### Actividades:

- 1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático ( Ana Cristina Sopena)
- 2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres
- 3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo.
- 4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio
- 5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria.

#### INDICADORES

Consideraremos cumplido el proyecto cuando más del 80 % de las muestras que cumplan los criterios de ITU en urgencias tengan un informe de urocultivo.

#### DURACIÓN

- 1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático: julio 2018
- 2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres:julio 2018
- 3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo. septiembre 2018
- 4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio: septiembre 2018
- 5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria: septiembre 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 - 2018/1032**

**1. TÍTULO**

**MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO**

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SOPENA MURILLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TAPIA LANUZA AMADO  
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES  
LALANA GARCES MARTA  
FONTAN ABAD ADRIAN  
PAUL VIDALLER PEDRO  
PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Se ha actualizado el sistema informático del laboratorio (LIS) de manera que permite la integración de las bases de datos del laboratorio del CAR de Fraga. Esta integración permite la visualización de las analíticas realizadas en este laboratorio y realizar una gestión de estos datos a distancia.  
2) Se ha incorporado un sistema de control de calidad para todos los parámetros realizados en este centro. La incorporación de controles de calidad permite garantizar la fiabilidad de los resultados.  
3) El sistema informático nos permite visualizar las analíticas realizadas a pacientes en este centro y su gestión.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento el 100% de las analíticas realizadas en el laboratorio de CAR de Fraga pueden ser visualizadas desde el SIL del laboratorio del Hospital de Barbastro. Se dispone de un sistema de control de calidad para todas las técnicas realizadas en este centro. El 100% de los controles de calidad pueden ser visualizados desde nuestro laboratorio lo que permite su evaluación por el facultativo responsable para garantizar los resultados de las analíticas y proceder a la validación facultativa. La validación de los resultados es llevada a cabo por el técnico o enfermera responsable del laboratorio de Fraga. Posteriormente el facultativo de guardia del Hospital de Barbastro realiza la validación facultativa. Actualmente el 100% de las analíticas realizadas son supervisadas y validadas por el facultativo. Una de las actividades propuestas en este proyecto era mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Estamos a la espera de realizar el concurso público por lo que el objetivo no se ha podido cumplir.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto ha permitido incorporar el laboratorio de CAR de Fraga al laboratorio del Hospital de Barbastro. Desde nuestro hospital podemos realizar la gestión de estos resultados mediante la visualización de los controles de calidad y la validación facultativa de los resultados. Sería recomendable realizar un documento de aseguramiento de la calidad con la persona responsable del laboratorio en el CAR de Fraga para una mejor gestión de los controles. En el futuro y dependiendo del concurso público de reactivos esperamos mejorar la gestión económica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1241 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1241

Título  
MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, TAPIA LANUZA AMADO, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, LALANA GARCES MARTA, FONTAN ABAD ADRIAN, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

#### PROBLEMA

La desaparición de Consorcio de Alta Resolución de Aragón (CASAR) ha conducido a que los centros sanitarios que eran gestionados por éste hayan pasado a depender de las respectivas gerencias del sector sanitario en el que están ubicados. Es un objetivo de la Dirección del Hospital de Barbastro que los servicios de éste asuman el control del funcionamiento de los correspondientes servicios del CAR de Fraga. Hasta noviembre de 2017 la prestación analítica de ese centro estaba adjudicada por concurso público a un laboratorio privado de Jaca. El Hospital de Barbastro venía soportando el gasto de reactivos, pero la responsabilidad facultativa recaía en la empresa adjudicataria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Gestionar desde el servicio de Análisis Clínicos y Hematología del Hospital de Barbastro, tanto desde el punto de vista de la prestación analítica como de la económica, el funcionamiento del laboratorio del CAR de Fraga:

Mejorar la calidad de la información integrando los datos en la base de datos de Barbastro.

Mejorar la calidad analítica implantando un programa de control de calidad.

Actualizar el tipo y características de las pruebas disponibles

Mejorar la gestión económica.

#### MÉTODO

1-Actualizar la versión del sistema informático del Laboratorio (LIS) de Barbastro para que permita el trabajo en modo multicentro.

2-Incorporar la base de datos del laboratorio del CAR de Fraga a la de Barbastro para integrar los datos demográficos de pacientes y los resultados y poder hacer una gestión a distancia de los mismos.

3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa.

4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga

5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos.

#### INDICADORES

1- Visualización y gestión del 100% de las analíticas efectuadas en el CAR de Fraga desde el SIL del Hospital de Barbastro.

2- % de analíticas con validación facultativa: objetivo > 90 %

3- Disponer de gráfica de controles para el aseguramiento de la calidad en el 100% de las técnicas implementadas en el CAR de Fraga.

4- Visualización desde el CAR de Fraga de un catálogo de pruebas en octubre de 2018.

5- % de disminución del gasto tras la incorporación al laboratorio del Hospital de Barbastro.

#### DURACIÓN

Los puntos 1 y 2 (actualización de la versión del sistema informático del laboratorio y la integración de la base de datos del laboratorio CAR de Fraga a la de Barbastro) ya ha sido realizada a fecha 31 de mayo de 2018.

3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa: octubre 2018

4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga: octubre 2018

5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Debido a que la realización de este punto depende de la realización de un concurso público establecemos el plazo en diciembre de 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241**

**1. TÍTULO**

**MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

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 - 2018/0237

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONSTANZA ARANA LENIS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CARRASQUER PUYAL AURORA  
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ  
PALLARES SEGURA JOSE LUIS  
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE  
LATRE SASO CRISTINA  
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA  
HIDALGO MENE MARIA JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión cada dos semanas con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.  
-Mayo a Julio 2018 hemos realizado una revisión detallada, sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente de los consentimientos informados  
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos realizado la revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, regional y sedación, a nivel del hospital de Barbastro. Hemos presentado dicho documento en la reunión general de los jefes de servicio de Aragón para su revisión, aprobación y posterior implementación.  
-Enero a Febrero 2018 hemos enviado el documento a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos logrado un consenso con respecto al desarrollo del consentimiento anestésico informado y su unificación en el Hospital de Barbastro.  
-Hemos llevado dicho documento a la reunión de los Jefes de Anestesiología y Reanimación donde ha sido discutido y revisado.  
-Hemos enviado el documento final a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En este momento ya disponemos del Consentimiento Anestésico Informado elaborado según la normativa vigente en la legislación española, unificado y revisado por todos los jefes de Anestesia de Aragón.  
-Está en curso la publicación del consentimiento unificado en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019  
-Está pendiente la socialización del documento mediante la comunicación escrita con acuse de recibo a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro. Junio 2019  
-Está pendiente la implementación del uso del consentimiento anestésico informado unificado. Julio-Diciembre 2019  
-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/237 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0237

Título  
UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, GALLEGO FRANCO FRANCISCO JAVIER, HIDALGO MENE MARIA JESUS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA, SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0237

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

ES LA LEY 14/1986, DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD, LA PRIMERA QUE HA REGULADO LA EXIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DERIVA DE LA PROMULGACION DE LA CONSTITUCION ESPAÑOLA DE 1978. EN ESE MOMENTO CAMBIA LA CONDICION DEL PACIENTE DE PARA SER CONSIDERADO USUARIO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, CON EL CONSECUENTE DERECHO A LA INFORMACION SANITARIA.  
BAJO ESTE PRECEPTO ES DE SUMA IMPORTANCIA LA ACTUALIZACION Y UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESICO.

##### RESULTADOS ESPERADOS

UNA VEZ ACTUALIZADO Y UNIFICADO EL CONSENTIMIENTO ANESTESICO INFORMADO SERA PUBLICADO EN LA INTRANET DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SERA DE USO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES A QUIENES SE LES VAYA A REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE REQUIERA ANESTESIA.

##### MÉTODO

Realizaremos los siguientes procedimientos

- 1- Revisión sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados
- 2- Revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación
- 3- Publicación del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro
- 4- Socialización del consentimiento anestésico unificado mediante comunicación a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro
- 5- Implementación del uso del consentimiento anestésico unificado

##### INDICADORES

1- Publicación, en la intranet del Hospital, del consentimiento e implementación de su uso. La evaluación de este indicador la realizaremos mediante la siguiente medición: N° de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses después de la implementación del proyecto / N° de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses después de la implementación del proyecto que firmaron el consentimiento anestésico unificado X 100;

2- Verificación de la socialización del consentimiento anestésico unificado mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio mediante acuse de recibo

##### DURACIÓN

- 1- Revisión sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados. Mayo 2018
- 2- Revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación. Mayo 2018
- 3- Publicación del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro. Previa autorización por parte del comité de historias clínicas. Junio 2018
- 4- Socialización del consentimiento anestésico unificado mediante comunicación a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro. Junio 2018
- 5- Implementación del uso del consentimiento anestésico unificado. A partir de julio de 2018-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 - 2018/0238

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONSTANZA ARANA LENIS

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H BARBASTRO
- Localidad ..... BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRASQUER PUYAL AURORA  
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ  
PALLARES SEGURA JOSE LUIS  
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE  
LATRE SASO CRISTINA  
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA  
HUICI GERMAN ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión semanal con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.

-Mayo a Agosto 2018 hemos realizado una revisión detallada del formulario actual de valoración pre anestésica  
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos solicitado la autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas del Hospital de Barbastro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos logrado el desarrollo del formulario de valoración pre anestésica, previa revisión y discusión del documento basados en los formularios de otras instituciones hospitalarias del país.

-Hemos llevado dicho documento al Comité de Historias Clínicas del Hospital

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En este momento ya disponemos del formulario de Valoración Pre anestésica del Hospital de Barbastro autorizado por el Comité de Historias Clínicas

-Está pendiente su publicación en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019

-Está pendiente la finalización del proceso de informatización del formulario y su socialización mediante la comunicación escrita a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro incluyendo el Departamento de enfermería. Diciembre 2019

-Está pendiente la implementación del formulario de valoración pre anestésica

Julio-Diciembre 2019

-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/238 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0238

Título  
INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, CARRASQUER PUYAL AURORA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La valoración preanestésica es el protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y, de ser posible, respetar la preferencia del paciente. Para realizar la valoración, según se indique, deberá contar con exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación), Rx de tórax y electrocardiograma, que son estudios realizados al paciente antes de la administración de la anestesia, cuyos resultados deben quedar registrados en dicha documento, para evaluar el estado físico y riesgo al que estará expuesto. La informatización de la valoración preanestésica nos permitirá optimizar recursos, ahorrar tiempo, pero sobre todo nos permitirá dar una mejor calidad en la atención al paciente por cuanto la información de su historia clínica quedará plasmada con claridad y homogeneidad en la intranet del hospital para disposición de todo el que la necesite.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1-Revisión, optimización e informatización del formulario de valoración preanestésica del Hospital de Barbastro y la implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico.

#### MÉTODO

1- Realizaremos una revisión detallada de los formularios de valoración preanestésica que se están utilizando actualmente en los diferentes servicios de Anestesiología y Reanimación del país con el fin de extraer la información que mejor se adapte a nuestros pacientes y procedimientos quirúrgicos y así lograr optimizar el formulario que utilizamos en este momento en el Hospital de Barbastro  
2-Una vez desarrollado el formulario lo enviaremos al Comité de Historias Clínicas para la autorización de su implementación .  
3-El proceso de informatización del documento lo realizaremos de la mano del departamento de Informática del Hospital de Barbastro quines se encuentran en este momento en el desarrollo de un software para tal fin.  
4-La socialización del documento la realizaremos mediante comunicación escrita a los jefes de servicio del hospital, incluyendo el departamento de enfermería.  
5-Para la implementación del uso del formulario solicitaremos al Departamento de Informática del Hospital de Barbastro una capacitación de los anestesistas y personal de enfermería de consulta externa en los temas informáticos relevantes para dicho fin.  
Una vez terminada la capacitación iniciaremos el proceso de diligenciamiento de la valoración preanestésica en la intranet.  
6-Realizaremos un primer análisis de datos recogidos  
7-Divulgaremos los resultados obtenidos  
8\_Estableceremos planes de mejora

#### INDICADORES

-Porcentaje de pacientes cuya valoración preanestésica se realiza en el documento informatizado:

$\frac{\text{Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada}}{\text{Nº Total de pacientes vistos en la consulta preanestésica}} \times 100$

$\frac{\text{Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada}}{\text{Nº Total de pacientes vistos mediante hoja de consulta}} \times 100$

-Porcentaje de pacientes con la valoración preanestésica informatizada perfectamente cumplimentada

- Verificación de la socialización del documento mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio y departamento de enfermería del hospital.

#### DURACIÓN

1-Revisión y optimización del formulario actual de la valoración preanestésica. Mayo 2018  
2-Autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas. Junio 2018  
3-Proceso de informatización del documento. Julio-Octubre 2018  
4-Socialización del documento. Noviembre 2018

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238**

**1. TÍTULO**

**INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

5-Implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico. Diciembre 2018-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 - 2018/0892

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA PUEYO VICENTE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... BARBASTRO

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

COSTA BRUALLA CRISTINA  
PARDENILLA VIÑUALES EMMA  
CARRERA ALEGRE ANA JOVITA  
BALLARIN BUISAN MARIA JOSE  
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN  
BELLOSTA PUEYO MERCEDES  
ABAD SANZ MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión del carro de intubación dificultosa junto con el Jefe de Servicio de Anestesia, se ha retirado el material más obsoleto y se ha añadido material más novedoso. Consensuado y aprobado en el servicio de quirófano.

Se ha reestructurado la hoja del listado del material que contiene el carro, para que se revise diariamente por el personal de enfermería.

Se ha realizado una sesión informativa del personal de enfermería de quirófano y de la UCI. Se ha informado de la actualización del carro de intubación dificultosa ( contenido actual y su distribución). También en la misma sesión se ha explicado el funcionamiento y manejo de los nuevos dispositivos ante una intubación dificultosa, dejando a disposición de todos los trabajadores de quirófano un archivo informático que detalla lo explicado en dicha sesión.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la sesión informativa realizada y pasado un periodo de tiempo prudencial, nuestros compañeros del servicio nos han explicado que les ha sido muy beneficioso a la hora de llevar a cabo estas técnicas. El registro de la hoja del listado del material se hace diariamente de manera correcta.

Nº sesiones: 1

Nº asistentes: 32

Hojas impresas de revisión: si

Hojas impresas del listado del material: si

Hojas de registro de intubaciones: si

Nº intubaciones (mayo - diciembre 2018):17

Nº intubaciones exitosas/Nº intubaciones con fibroscopio total: 16/17

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El conjunto del equipo de este proyecto de mejora estamos muy satisfechas con la nueva organización del carro de intubación dificultosa; ya que nos facilita nuestra correcta actuación ante situaciones que conllevan un riesgo vital para el paciente con intubación dificultosa.

La sesión informativa ha sido muy útil tanto para el personal quirúrgico habitual como para el de nueva incorporación, ya que facilita la estandarización de las actividades de enfermería necesarias para una correcta intubación dificultosa del paciente, minimizando riesgos indeseables.

El proyecto esta finalizado sin nada pendiente

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/892 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0892

Título  
MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, PARDENILLA VIÑUALES EMMA, CARRERA ALEGRE ANA JOVITA, BALLARIN BUISAN MARIA JOSE, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, BELLOSTA PUEYO MERCEDES, ABAD SANZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0892

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pacientes con vía aérea dificultosa  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En el servicio de quirófano del hospital de Barbastro tratamos pacientes que presentan dificultades del abordaje de la vía aérea. Para ello disponemos de un carro de intubación dificultosa provisto de materiales y accesorios indispensables para realizar una exitosa intubación. Debido a la elevada oferta de nuevos materiales en el mercado, este carro ha sufrido cambios recientemente, por lo que pensamos que es fundamental actualizar su contenido y que todo el personal lo conozca, ya que se utiliza para la intubación dificultosa de los pacientes descritos anteriormente, para intervenciones quirúrgicas en pacientes con patologías más graves, que anteriormente se derivaban a otros hospitales por no disponer de UCI, y también se utiliza en el servicio de UCI.

Ante estas evidencias pensamos que es necesario la actualización, reestructuración y mejora del carro de intubación dificultosa que existe en la unidad, a la vez que unificar la actuación ante estos pacientes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Estandarización y unificación de la actuación en pacientes con intubación dificultosa.
2. Reestructurar y organizar el carro de intubación dificultosa, adecuándolo al material nuevo.
3. Divulgación de los nuevos cambios al personal del servicio de quirófano.

#### MÉTODO

1. Se añadirá el material nuevo al carro de intubación dificultosa y se retirará el que ha quedado obsoleto.
2. Imprimir hojas nuevas de reposición y revisión del contenido del carro.
3. Sesión formativa al personal de quirófano y UCI de los nuevos cambios y las actuaciones a seguir.

#### INDICADORES

- N° de sesiones:
- N° de asistentes:
- Hojas impresas de contenido y revisión (si/no)
- Listado del material del carro (si/no)
- Hoja de registro de intubación con fibroscopio e incidencias
- N° intubaciones con fibroscopio
- N° intubaciones con fibroscopio exitosas / n° intubaciones con fibroscopio total.

#### DURACIÓN

- Reestructuración y organización del carro: noviembre 2018
- Imprimir hojas de contenido y revisión: noviembre 2018
- Realizar sesiones: enero - febrero 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 - 2018/1088

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... BARBASTRO

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

GABARRE ORUS DOMINGO  
PLANA COSTA MONSERRAT  
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA  
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA  
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y aceptó el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2°C) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.  
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1088 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1088

Título  
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:  
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

La hipotermia (temperatura < 36 °C) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardíacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36°

##### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA  
Objetivo principal: Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

##### MÉTODO

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.  
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo  
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida  
Recogida de datos previos para conocer situación de partida  
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario  
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente  
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo  
Recogida de datos postintervención  
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

##### INDICADORES

La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizará un test de satisfacción de confort térmico.  
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin. Los indicadores de medida serán:  
1. Personal sanitario disponible para realizar la actividad. Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE  
2. Disponibilidad material. Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles. Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.  
3. Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato. Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados. Estandar: SI  
4. Formación del personal de la URPA/CMA. Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE  
5. Aplicación del protocolo de recuperación térmica. Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo. Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.  
6. Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36°C. Estandar: > 50%  
7. Recuperación de temperatura. Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica. Estandar: = 80%  
8. Pacientes con normotermia al alta en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37°C al alta en URPA/CMA. Estandar: = 80%  
9. Confort térmico. Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort térmico. Estandar: = 80%



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO**

**DURACIÓN**

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades, junio-febrero  
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio, junio-febrero  
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida, junio  
Recogida de datos previos para conocer situación de partida, octubre  
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario. junio-septiembre  
Realizar protocolo de actuación, septiembre-octubre  
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo, octubre  
Recogida de datos postintervención, noviembre-diciembre  
Análisis y elaboración de la memoria, enero-febrero

**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 - 2018/1088

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN ESCOLANO HURTADO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... BARBASTRO

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

GABARRE ORUS DOMINGO  
PLANA COSTA MONSERRAT  
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA  
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA  
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2°C) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector. El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1088 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1088

Título  
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:  
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La hipotermia (temperatura < 36 °C) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardiacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36°

#### RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA  
Objetivo principal: Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

#### MÉTODO

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.  
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo  
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida  
Recogida de datos previos para conocer situación de partida  
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario  
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente  
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo  
Recogida de datos postintervención  
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

#### INDICADORES

La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizara un test de satisfacción de confort térmico.  
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin. Los indicadores de medida serán:  
1. Personal sanitario disponible para realizar la actividad. Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE  
2. Disponibilidad material. Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles. Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.  
3. Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato. Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados. Estandar: SI  
4. Formación del personal de la URPA/CMA. Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE  
5. Aplicación del protocolo de recuperación térmica. Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo. Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.  
6. Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36°C. Estandar: > 50%  
7. Recuperación de temperatura. Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica. Estandar: = 80%  
8. Pacientes con normotermia al alta en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37°C al alta en URPA/CMA. Estandar: = 80%  
9. Confort térmico. Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

térmico.Estandar: = 80%

##### DURACIÓN

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades,junio-febrero  
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio,junio-febrero  
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida,junio  
Recogida de datos previos para conocer situación de partida,octubre  
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario.junio-septiembre  
Realizar protocolo de actuación,septiembre-octubre  
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo,octubre  
Recogida de datos postintervención,noviembre-diciembre  
Análisis y elaboración de la memoria,enero-febrero

##### 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 - 2018/1403

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 16/01/2019

#### 2. RESPONSABLE ..... SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H BARBASTRO
- Localidad ..... BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... BARBASTRO

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

GABARRE ORUS DOMINGO  
PLANA COSTA MONSERRAT  
ESCOLANO HURTADO CARMEN  
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA  
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS  
MINGUILLON ARANDA LUIS  
PUY FORADADA JOSEFA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
  - o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
  - o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
  - o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
  - o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
  - o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
  - o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
  - o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.
- Noviembre. Visita del responsable del Servicio de mantenimiento, Supervisora de RRMM y responsable de RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
  - o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
  - o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
  - o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
  - o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
    - o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
    - o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
    - o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
    - o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
    - o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
    - o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
    - o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
    - o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
    - o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
    - o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.
- Diciembre
  - o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
  - o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
  - o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
  - o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
  - o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
  - o Reposo-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
  - o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
  - o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
  - o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.

- o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
- o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
- o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).
- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.
- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRL., en cuanto a espacio físico, iluminación óptima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos.
- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.
- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRL.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1403 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1403

Título  
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:  
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.  
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

##### Población diana

- Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA

##### Objetivo principal

- Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo

##### Objetivos secundarios

- Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA

- Establecer una adecuada planificación preventiva

##### MÉTODO

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA

- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes

- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de

##### riesgos

- Ejecutar las medidas preventivas

- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

##### INDICADORES

- Proceso

o Criterio: Evaluación de riesgos

Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO

Estandar: SI

o Criterio: medida de prevención seleccionada

Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO

Estandar: SI

- Resultado

o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo

Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28

febrero2019

Estandar: 0

##### DURACIÓN

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)

- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)

- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de

##### riesgos (junio)

- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)

- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)

- Elaboración de la memoria

##### 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 - 2018/1403

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 12/03/2019

#### 2. RESPONSABLE ..... SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H BARBASTRO
- Localidad ..... BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector ..... BARBASTRO

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

GABARRE ORUS DOMINGO  
PLANA COSTA MONSERRAT  
ESCOLANO HURTADO CARMEN  
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA  
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS  
MINGUILLON ARANDA LUIS  
PUY FORADADA JOSEFA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
  - o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
  - o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
  - o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
  - o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
  - o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
  - o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
  - o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.
- Noviembre. Visita del responsable del Servicio de mantenimiento, Supervisora de RRMM y responsable de RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
  - o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
  - o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
  - o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
  - o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
    - o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
    - o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
    - o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
    - o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
    - o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
    - o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
    - o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
    - o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
    - o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
    - o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.
- Diciembre
  - o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
  - o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
  - o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
  - o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
  - o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
  - o Reposo-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
  - o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
  - o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
  - o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.

- o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
- o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
- o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).
- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.
- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRL., en cuanto a espacio físico, iluminación óptima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos
- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.
- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRL.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1403 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1403

Título  
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:  
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.  
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Población diana
  - Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA
- Objetivo principal
  - Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo
- Objetivos secundarios
  - Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA
  - Establecer una adecuada planificación preventiva

#### MÉTODO

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos
- Ejecutar las medidas preventivas
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

#### INDICADORES

- Proceso
  - o Criterio: Evaluación de riesgos
- Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO
- Estandar: SI
  - o Criterio: medida de prevención seleccionada
- Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO
- Estandar: SI
- Resultado
  - o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo
- Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28 febrero 2019
- Estandar: 0

#### DURACIÓN

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos (junio)
- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)
- Elaboración de la memoria

#### 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 - 2018/0320

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA FRANCES RAMI  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... BARBASTRO

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

SEIRA LLEDOS MARIA PILAR  
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA  
GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA  
VALERO ASCASO EVA MARIA  
LORENTE AIBAR MARIA PILAR  
SANTOS BERLINCHON CRISTINA  
CORTES BORBON LOURDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado todas las actividades que se plantearon en el plan de mejora para 2018. En la primera reunión de los componentes del plan de mejora se decidió trabajar en las recomendaciones de:

- Colectectomía por laparoscopia
- Hemorroidectomía y fisura anal
- Herniorrafia /Eventrorrafia
- Pacientes portadores de drenaje al alta

Tras 3 reuniones y revisar la información encontrada se consensuaron, se generaron las recomendaciones para las patologías escogidas. Las reuniones se desarrollaron entre mayo y septiembre de 2018.

En octubre 2018, fueron revisadas por el jefe de cirugía y en diciembre de 2018 se realizó la sesión informativa al resto enfermeros de la planta.

No se han incluido en el programa del HP-doctor ya que se va a dejar de utilizarse en breve dicho programa.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos medido y no se ha conseguido el estándar marcado por dos motivos. El primero, porque se tardó en hacer la sesión informativa al resto de compañeros (Diciembre de 2018) y el segundo problema que se detectó fue los profesionales de enfermería no constaban en la planta correcta (dado el constante cambio de ubicación del personal de enfermería, el programa HP-doctor las ubicaba en el primer servicio que habían trabajado). Nos hemos puesto en contacto con el servicio de informática y se ha ubicado a los profesionales que trabajan actualmente en el servicio.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuamos con dicho proyecto, ya que los dos meses que estamos trabajando con las recomendaciones todos los profesionales están muy satisfechos y se pretende aumentar las recomendaciones al alta de enfermería en cuatro patologías más durante 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/320 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0320

Título  
UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
FRANCES RAMI ESMERALDA, SEIRA LLEDOS MARIA PILAR, CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA, GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA, VALERO ASCASO EVA MARIA, LORENTE AIBAR MARIA PILAR, SANTOS BELINCHON CRISTINA, CORTES BORBON LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisan intervencion quirurgica programada

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

### 1. TÍTULO

#### UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Se busca unificar y agilizar el trabajo enfermero

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

#### PROBLEMA

Consultando la legislación vigente que compete con nuestro trabajo diario de planta, nos encontramos con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.  
Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.  
Apartado o) El informe clínico de alta siempre que haya hospitalización.

En la planta de cirugía, hay varios procesos que se repiten frecuentemente a lo largo del tiempo, como pueden ser las hernioplastias, colecistectomías por laparoscopia, hemorroidectomías,.....El contar con un documento que de antemano ya enumerara los cuidados básicos que necesita cada proceso, acortaría mucho los tiempos de realizar un informe de cuidados de enfermería al alta y a unificaría el trabajo de las enfermeras en la planta de cirugía.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Unificar las recomendaciones que se dan en el informe de cuidados de enfermería al alta, en las patologías quirúrgicas más frecuentes en la planta de cirugía del Hospital de Barbastro.  
Facilitar el trabajo de enfermería, al tener escritos de antemano los consejos en el informe de cuidados de enfermería al alta de los pacientes quirúrgicos.

#### MÉTODO

Decidir en que procesos quirúrgicos se estandarizan el informe de cuidados de enfermería al alta  
Revisión bibliográfica de las últimas recomendaciones, en cada uno de los procesos en los que se decida trabajar por parte del grupo de mejora .  
Consensuar con el grupo de participantes que consejos se incluyen en el documento.  
Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro incluir dicho consejos, acordados por el grupo de mejora, en el documento.  
Realizar charla informativa al resto del personal de enfermería de la planta de cirugía.  
Tras la puesta en marcha de los informes de cuidados de enfermería al alta, con los consejos parametrizados, valorar la inclusión de nuevos procesos .

#### INDICADORES

aumento de un 20% del nº de altas de enfermería en la planta de cirugía durante 2018, en relación al nº de altas de enfermería realizadas en 2017.

#### DURACIÓN

Febrero de 2018: Constitución del grupo de trabajo para realizar la parametrización del informe de cuidados de enfermería al alta. Inicio de la revisión bibliográfica en relación a los consejos que se dan a los pacientes.

Abril de 2018: Juntar todas las revisiones encontradas y acordar que consejos se incluyen para cada proceso .

Mayo de 2018: Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro. Generar los archivos en HP- doctor para que todos los profesionales de enfermería puedan utilizarlo en la práctica diaria.

Junio de 2018: Charla informativa al resto de los profesionales de enfermería de la planta de cirugía para dar a conocer el contenido de las nuevas altas.

Julio de 2018 : Hacer un corte para valorar o no el aumento de las altas de enfermería en relación a las que se habían hecho en ese mismo periodo el año anterior.

Noviembre de 2018 hacer un segundo corte para valorar nº de altas realizadas. Valoración de los resultados obtenidos.

Diciembre de 2018: Valorar la inclusión de nuevos procesos quirúrgicos en las altas de enfermería.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320**

**1. TÍTULO**

**UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

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 - 2018/0232

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA ALONSO AYERBE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

PUYAL MELE ANA  
CAMPO SIN ALICIA  
PUY FORADADA JOSEFA  
GARCIA CLAU SUSANA  
BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL  
SATUE ARMENGOL OLIVIA  
GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La situación que nos encontramos al inicio del proyecto de mejora, es que en nuestro centro se utilizan de forma generalizada sistemas abiertos tipo llave de tres vías y válvulas bidireccionales, para el acceso al catéter ya sea para la administración de medicación e infusiones intravenosas o extracción de muestras sanguíneas. Durante el año 2018 se registraron en el servicio de prevención de riesgos laborales de nuestro sector, un total de 46 accidentes biológicos, de los cuales sólo 18 fueron a causa de pinchazos accidentales con agujas. Durante el mes de Mayo de 2018 se llevaron a cabo varios talleres para conocer el manejo y uso de los conectores cerrados. Estos talleres fueron impartidos por parte del comercial del material adjudicatario. Se realizaron varias sesiones formativas, para las supervisoras de las diferentes unidades y también para todo el personal del hospital que fueron bajando al aula de forma paulatina a lo largo de toda una mañana. Recientemente se volvieron a repetir dichas sesiones formativas en el mes de Febrero de 2019 para refuerzo de conocimientos ante la proximidad de la sustitución de los sistemas abiertos actuales por los sistemas cerrados. En el servicio de UCI por sus características especiales y el uso de diferente material que el resto de las unidades de hospitalización, si que se ha comenzado con la implantación de los sistemas cerrados, aunque con retraso debido a la dificultad para disponer de material adjudicado. En dicho servicio se esta elaborado un póster para unificar criterios en el correcto manejo y montaje de las diferentes necesidades de uso que tienen, según el acceso ya sea venoso o arterial y la utilización de las diferentes luces. También se está realizando un "Manual de montaje y preparación para las diferentes técnicas especiales en UCI" destinado a dar a conocer el material necesario para cada situación, tanto para el personal de enfermería actual el de nueva incorporación y para que el personal auxiliar en cuidados de enfermería sepa en cada momento que debe de preparar. Por el momento no se han podido realizar más actividades de las programadas, ya que por problemas con la distribución y aprovisionamiento, estamos a expensas de que se distribuyan los sistemas cerrados en el hospital en sus distintas modalidades.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los resultados, al estar en espera de la implantación generalizada, no se pueden presentar en su totalidad. Respecto a la implantación, por el momento se ha implantado su uso únicamente en la UCI. La formación se ha realizado a todo el personal por medio de los talleres realizados. Cuando se realice la implantación en las unidades se realizará un refuerzo en el uso y manejo de los dispositivos así como la distribución de póster explicativos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En espera de resultados definitivos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/232 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0232

Título  
IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Autores:  
ALONSO AYERBE LAURA, PUYAL MELE ANA, CAMPO SIN ALICIA, PUY FORADADA JOSEFA, GARCIA CLAU SUSANA, BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL, SATUE ARMENGOL OLIVIA, GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Engloba a todos los pacientes ingresados  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Asistencial y Seguridad del trabajador

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

##### PROBLEMA

La protección y seguridad para el trabajador, inoculación accidental, es una de nuestras áreas de mejora. Ya en noviembre de 2008 distintas organizaciones europeas comunicaron a la Comisión Europea su deseo de entablar negociaciones, con arreglo al artículo 138, apartado 4, y el artículo 139 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, con objeto de celebrar un Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. En el mes de julio de 2009 los interlocutores sociales europeos firmaron el texto del Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. Con posterioridad se han aplicado otras directivas respecto a la utilización de objetos punzantes o cortantes; como la directiva 2010/32/UE del consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. La Orden ESS/1451/2013, de 29 de Julio. Trasposición al ordenamiento jurídico nacional de la Directiva europea. La guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, publicada 31 de Agosto 2015 por el ministerio de Sanidad. Una de las medidas para evitar estos accidentes es el uso de sistemas de conectores cerrados sin agujas. Por otro lado la disminución de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter (CRBSI) Según la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON EL CATETER INTRAVASCULAR (Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 CDC) Las válvulas para la inyección de medicamentos, administración de infusiones intravenosas y recolección de muestras de sangre representan una posible puerta de entrada para los microorganismos en el acceso vascular de catéteres, estas válvulas deben taparse cuando no se usan. En general, los sistemas de acceso de catéter cerrado se asocian a menos CRBSI que los sistemas abiertos, y debieran usarse preferentemente. El uso de los conectores de catéteres o válvulas mecánicas parece ser más eficaz, para reducir la colonización del conector, que las llaves de paso y tapas. La recomendación de los fabricantes de este tipo de conectores es que deben usarse los desinfectantes apropiados para evitar la transmisión de microbios a través de los conectores. La limpieza de estos conectores con una gasa impregnada en solución antiséptica es fácil, pero el exceso de trabajo y la falta de información podrían impedir el correcto funcionamiento de estos dispositivos. La implantación del uso de conectores cerrados sin agujas en todo el hospital así como su correcto uso es el fundamento de este proyecto de mejora.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar en todo el Hospital el uso de conectores libres de agujas
- Formación a todo el personal implicado en su uso correcto
- Disminuir el número de accidentes por instrumentos cortantes y punzantes

##### MÉTODO

- ? -Análisis de la situación Abril 2018
- ? -Recoger datos previos sobre inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de salud Laboral .Abril 2018
- ? -Formación a todo el personal relacionado con el uso de conectores libres de agujas (indicaciones, uso correcto, desinfección) mediante talleres realizados por el especialista en producto de las casas comerciales adjudicatarias. Mayo 2018
- ? -Refuerzo en la práctica diaria, del uso de estos dispositivos, en las diferentes unidades por los componentes del grupo de mejora. Mayo 2018
- ? -Elaboración de un póster para el correcto manejo de los dispositivos se colocaran en los cuartos de medicación de las plantas quirófanos urgencias CMA, radiología, Hospitales de Día, farmacia. Junio 2018
- ? -Implantación del uso de los dispositivos libres de agujas Mayo-Junio 2018
- ? -Diseño de un cuestionario para personal sobre el manejo de los dispositivos para evaluación de conocimientos y satisfacción. Junio2018
- ? -Se realizaran 2 cortes presenciales en todos los servicios donde se ha implantado el dispositivo, para realizar el seguimiento del correcto uso de los dispositivos. Septiembre y Diciembre 2018.
- ? -Recogida de datos tras la implantación de las inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de Salud Laboral y análisis comparativo. Enfermera salud Laboral. Diciembre 2018
- ? -Análisis de resultados y diseño de acciones de mejora Febrero 2019
- ? -Difusión de los resultados Febrero 2019

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

##### INDICADORES

- ? -Porcentaje de Unidades en las que se ha implantado el uso de sistemas de conectores cerrados. Resultado 100%  
? -Enfermeras formadas en el uso de los conectores/total enfermeras usan estos dispositivos. Resultado= 90%

##### DURACIÓN

La duración y fechas previstas para llevar a cabo cada actividad están detalladas junto con las actividades propuestas en el apartado correspondiente a las mismas.

La duración del proyecto desde Abril del 2018 a Febrero 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 - 2018/0053

### 1. TÍTULO

#### UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA NASARRE GER  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS  
· Sector ..... BARBASTRO

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

FABREGAS CANALES MARIA DOLORES  
PINA SALVADOR JOSE MANUEL  
CHARRO CALVILLO MARA  
SANCHEZ SALAS PILAR  
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA  
BUSTOS MORELL CRISTINA  
CASTELLAR OTIN ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente.

Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas. Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.

Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB).

De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas.

En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patergia. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales.

De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación.

Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa.

Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Agenda específica creada.

Grupo de trabajo activo.

3 sesiones clínicas realizadas

872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales.

Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134.

TOTAL: 1025.

También se ha registrado el número de toxicidades (1662).

(Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalente, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos.

Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos.

Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialidades médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden.

Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

### 1. TÍTULO

#### UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

##### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0053

Título  
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Autores:  
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,  
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.  
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad  
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos  
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada  
Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

**MÉTODO**  
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:  
- metodología clínica  
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias  
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración  
- consulta asistencial telefónica  
- gestión de efectos adversos  
- incidencias y adherencia terapéutica  
El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

### 1. TÍTULO

#### UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

##### INDICADORES

INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

##### DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

##### 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 - 2018/0053

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA NASARRE GER  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS  
· Sector ..... BARBASTRO

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

FABREGAS CANALES MARIA DOLORES  
PINA SALVADOR JOSE MANUEL  
CHARRO CALVILLO MARA  
SANCHEZ SALAS PILAR  
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA  
BUSTOS MORELL CRISTINA  
CASTELLAR OTIN ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente. Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas. Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos. Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB). De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas. En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patología. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales. De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación. Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa. Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Agenda específica creada. Grupo de trabajo activo. 3 sesiones clínicas realizadas 872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales. Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134. TOTAL: 1025. También se ha registrado el número de toxicidades (1662). (Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalencia, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos. Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos. Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialidades médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden. Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Nº de registro: 0053

Título  
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Autores:  
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS  
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinares (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,  
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.  
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad  
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos  
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada  
Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO  
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:  
- metodología clínica  
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias  
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración  
- consulta asistencial telefónica  
- gestión de efectos adversos  
- incidencias y adherencia terapéutica  
El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

INDICADORES  
INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería  
con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

#### DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

#### 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 - 2018/0287

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR SANCHEZ SALAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GRACIA CAZAÑA TAMARA  
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA  
ARIÑO ALDABO CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha logrado dar continuidad a la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.  
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón...hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzenza.  
Durante 2018 se ha unido al proyecto el centro de Salud de Binéfar, y se ha dinamizado la actividad con centros como Lafortunada y Aínsa, que por motivos técnicos habían quedado sin medios para continuar la actividad.  
Se ha actualizado el modelo existente de teleconsulta, modificando el formulario existente, e integrando la Teledermatología en la Interconsulta Primaria de la Historia Clínica Electrónica, permitiendo a cualquier especialista acceder al episodio.  
Se ha realizado una jornada de formación presencial con los responsables de Teledermatología de cada Centro de Salud para informar de dicha actualización.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 210 interconsultas virtuales:

- Centro de salud Barbastro: N 148, Resolución 105 (71%), consulta física 43 (29%)
- Centro de salud Castejón: N 34, Resolución 25 (74%), consulta física 9 (26%)
- Centro de salud Benabarre: N 25, Resolución 17 (68%), consulta física 8 (32%)
- Centro de salud Lafortunada: N 3, Resolución 2 (67%), consulta física 1 (33%)

Se han resuelto a través de teledermatología un total de 149 interconsultas (71%) y 61 pacientes precisaron cita en el servicio de Dermatología (29%).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Teledermatología es un sistema útil para la detección rápida de patología, con una buena selección de pacientes.  
Las mayores tasas de concordancia con el gold standard se ven en patología tumoral.  
Los pacientes se han mostrado satisfechos con el funcionamiento del sistema.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/287 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0287

Título  
TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
SANCHEZ SALAS PILAR, GRACIA CAZAÑA TAMARA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Tele dermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.  
Una aplicación indiscutible es la utilización de la Tele dermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.  
La Tele dermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.  
La Tele dermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada. Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.  
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Ainsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón...hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzena, y próximamente Binéfar.

**MÉTODO**  
a) Análisis diferido de imágenes.  
El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.  
b) Teleformación.  
Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.  
c) Formación presencial.  
Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

**INDICADORES**  
- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.  
- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.  
- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.  
- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

**DURACIÓN**  
Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.  
Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.  
Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

#### 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 - 2018/0287**

**1. TÍTULO**

**TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTSRO**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL AURED DE LA SERNA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ARELLANO CARRERA ROCIO  
COSCOJUELA QUIROGA ANA  
HARB SAID YAMAL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado una agenda específica con las instrucciones para la realización del fibroscan realizándose un total de 104 exploraciones. La industria farmacéutica ha cedido el mismo con una periodicidad de 2-3 mese, a demanda interna del servicio. Actualmente está solicitado un fibroscan de nueva generación que incluirá la realización del CAP que nos permitiría cuantificar la esteatosis hepática, patología en incremento en nuestra sociedad. El documento que se obtiene tras la realización del fibroscan permite evitar el uso de papel con tinta percedera, encontrándose pendiente de poder integrarlo en la red hospitalaria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de informe, 104 pacientes valorados en el Hospital de Barbastro evitando desplazamiento a Huesca y/o Zaragoza, en proceso de integración informática.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El fibroscan es una medida no invasiva de fibrosis hepática que permite evitar técnicas agresivas como la biopsia hepática. Realizando agendas al respecto con personal entrenado se aumenta el rendimiento de la técnica, con incremento sustancial de las solicitudes al ampliar el tipo de pacientes que la requieren. Queda pendiente poder integrar el informe realizado en la red para permitir su visualización sin precisar la historia clínica( en proceso).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1514 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1514

Título  
INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Autores:  
AURED DE LA SERNA ISABEL, ARELLANO CARRERA ROCIO, COSCOJUELA QUIROGA ANA, HARB SAID YAMAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Para cuantificar la fibrosis hepática el procedimiento que se utilizaba es la biopsia hepática, sin embargo ahora disponemos de otras opciones no invasivas para cuantificarla, como lo es el fibroscan o elastografía de transición (ET), las cuales son capaces de determinar el grado de fibrosis hepática y el estado de rigidez del hígado. En el Hospital de Barbastro disponemos de un fibroscan en préstamo cada 2-3 meses por parte de la industria farmacéutica. Anteriormente el paciente se desplazaba hasta Zaragoza para su realización en el Hospital

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Clínico Universitario Lozano Blesa. El resultado del fibroscan se registrará en la intranet lo que permitirá ver el resultado desde cualquier hospital de la comunidad.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La elaboración de un documento accesible en la intranet evitará tener el resultado en un papel térmico, en el cual la tinta desaparece con el tiempo y además puede ser causa de extravío ya que tiene unas dimensiones reducidas que facilitan su pérdida.

Así mismo se evitará repetir la prueba de forma innecesaria.

#### MÉTODO

Realización de un documento que valore los distintos grados de fibrosis con respecto al resultado obtenido en la prueba, fácilmente interpretable por cualquier médico que acceda a él.

#### INDICADORES

Resultados informativos en la intranet: 100%

#### DURACIÓN

-Julio-Agosto-18: realización de una plantilla estandar  
-Septiembre-Octubre-18: contacto con el servicio de informática  
-Noviembre 18: implementación 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 - 2018/0054

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE DEMENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ELENA CASTELLAR OTIN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. DIRECCION  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER  
BIBIAN GETINO CLARA MARIA  
ABAD RUIZ ALODIA  
LANAO SENZ PILAR  
NASARRE GER ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos ha faltado tiempo material para poder desarrollar este proyecto en su plenitud, aunque sí hemos podido dar los primeros pasos. Es nuestro deseo continuar con este proyecto en el año 2019, puesto que lo creemos fundamental tanto clínicamente como en consecución de resultados.

Respecto al pase de escalas validadas a pacientes y/o cuidadores, está previsto que este objetivo sea desarrollado en su mayor parte, por el personal de enfermería en 2019. Las escalas están ampliamente documentadas y refrendadas en las Guías de Práctica Clínica correspondientes.

En el proyecto de continuidad, abriremos consulta de enfermería con agenda propia, y múltiples actividades asociadas. Esto no se ha realizado todavía debido a la falta de medios (local disponible y personal formado específicamente), aunque es nuestro propósito conseguirlo durante este año.

Además, está previsto consensuar un protocolo de diagnóstico sindrómico, validado por distintos especialistas (neurología, geriatría y psiquiatría) orientado al diagnóstico inicial por Atención Primaria, siguiendo las Guías Clínicas protocolo número 19 de AHCP. En fechas próximas se va a reunir el grupo para empezar el protocolo.

La valoración integral con esfera social del enfermo y sus familiares y/o cuidadores corresponde a enfermería y trabajador social, quienes registrarán toda la información para no perder la continuidad asistencial entre niveles.

Una vez que el médico de AP haya completado el diagnóstico de sospecha con el diagnóstico sindrómico, podrá derivar al paciente a la consulta de Neurología de acuerdo al protocolo, que será el primer paso del circuito en atención especializada. El neurólogo realizará las exploraciones pertinentes para delimitar la posible etiología del deterioro cognitivo, y a la vista del resultado de dichas pruebas, podrá remitir al paciente a Geriatría, a AP o continuar evolución en Neurología. Si el paciente presentara síntomas de alteración conductual, depresión u otros síntomas de esfera psíquica sería derivado a Psiquiatría.

Por otra parte, desde enfermería se hará un seguimiento de adherencia al tratamiento, posibles reacciones adversas o complicaciones por medio de consulta telefónica. Así mismo, se prevé una continuidad asistencial entre niveles en los cuidados que precise el paciente, como por ejemplo citas agrupadas para pruebas diagnósticas.

También se incluye el seguimiento del entorno familiar del paciente, con los apoyos necesarios cuando sea preciso (enfermería, trabajo social, psicología, etc). El personal ya se está formando actualmente.

Hasta ahora, si el paciente precisa estudios psiconeurológico, es derivado a Hospital San Jorge de Huesca. A partir de la implantación total de este proyecto, serán realizados en el Hospital de Barbastro por parte de la enfermera de la consulta de la Unidad de Demencia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han dado los primeros pasos, se ha constituido el grupo de mejora y se han iniciado algunas acciones.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos tenido dificultades para poder iniciar esta unidad durante el 2018, pero es un proyecto global e integrador que suscita un gran interés por parte de los integrantes del grupo, en tanto en cuanto es conocido que este colectivo de pacientes requiere de una asistencia sanitaria integrada.

Aunque no haya iniciado aún su andadura, sí hemos dado los primeros pasos para poder implantarla durante el año 2019, por ello se trata de un proyecto de continuidad con los mismos objetivos que los planteados en su momento.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/54 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0054

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0054

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE DEMENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

UNIDAD DE DEMENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
CASTELLAR OTIN ELENA, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, MOLES ARCOS YIPSIS BARBARA, ABAD RUIZ ALODIA, LANA O SENZ PILAR, NASARRE GER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Justificación: en una población cada vez más longeva y con mayor tasa de dependencia, y enfermedades más complejas, de la que nuestro sector no es ajeno, se comprueba cómo se necesitan unidades específicas para el manejo de enfermedades muy prevalentes. Estudiada la casuística atendida en nuestro hospital, los pacientes con deterioro cognitivo suponen un número creciente de nuestra actividad, y son pacientes que consumen un gran número de recursos sociosanitarios (profesionales sanitarios, medicación crónica, entorno familiar, etc). Además, esta atención debe ser integral y multidisciplinar.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Casuística: pacientes atendidos en Neurología, Geriatria y Psiquiatria con patología de deterioro cognitivo, de cualquier edad y cualquier etiología.

Resultados: la Unidad de Demencias persigue los siguientes resultados,  
- resultados en salud: mejoría de la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, medida con escalas validadas  
- resultados en la población: disminución en la lista de espera para el acceso a las tres especialidades médicas que componen la Unidad  
- resultados económicos: mejora en la gestión de recursos humanos, dedicando profesionales específicamente formados a tareas cualificadas a su nivel, y gestión eficiente de los fármacos con visado  
- resultados en los profesionales: pacientes con deterioro cognitivo mejor filtrados y mejor derivados, y motivación para la formación continuada en dicho campo

#### MÉTODO

Actividad: las actividades previstas en esta Unidad de Demencias van encaminadas a mejorar el proceso de atención de esta patología desde el inicio del flujo en Atención Primaria.

Para ello, se organiza de la siguiente manera:

- protocolo de diagnóstico sindrómico por el médico de atención primaria, consensuado con atención especializada
- valoración integral y social del enfermo y su entorno por parte de enfermería y trabajador social
- consulta específica con Neurología, Geriatria o Psiquiatria, según criterios establecidos en guías clínicas
- seguimiento de adherencia al tratamiento o posibles reacciones adversas en consulta telefónica por parte de enfermería
- continuidad asistencial entre niveles en los cuidados que precise el paciente (comunicación interniveles)
- citas para pruebas diagnósticas agrupadas

#### INDICADORES

##### INDICADOR Y ESTÁNDAR

Pase de escala validada a pacientes y/o cuidadores sobre calidad de vida: SI

% fármacos con visado por cada especialidad que conforma la Unidad de Demencia (Neurología, Geriatria y Psiquiatria) y comparación con el año 2017: Reducción 3%

Certificados de formación continuada en personal médico y de enfermería de los componentes de la Unidad: 1/persona y año

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0054

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE DEMENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Reunión periódica de los miembros de la unidad para puesta en común de casos complejos (FEA, Enfermería y Trabajo Social): Bimensual

Valoración periódica de adecuación de tratamiento con inhibidores de acetilcolinesterasa cada 6 meses: Continuas si SSME >12

Elaboración de guía sobre tratamiento farmacológico específico de alteración psicopática y conductual: SI

Acceso sin barreras arquitectónicas: SI

#### DURACIÓN

Inicio proyecto en marzo 2018

Actividades: realizadas por Coordinador del proyecto y miembros integrantes

Comunicación al hospital por medios de difusión internos

#### 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 - 2018/0945

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· Sector ..... BARBASTRO

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

BURGASE ESTALLO IRENE MARIA  
BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA  
MENA GIMENO VIRGINIA  
OLIVAR ORTEGA LORENA  
SAMITIER SUBIAS MARIA JOSE  
NASARRE GER ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera parte del proyecto se llevo acabo el desarrollo del protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas en cual consta de un total de 15 pruebas de realización tanto intra-hospitalaria como de forma ambulatoria en hospital de día. Cada una de las pruebas o test consta de las siguientes partes: fundamento, procedimiento y material necesario, interpretación de resultados y posibles efectos secundarios. La segunda parte de proyecto consistió en difundirlos a través de charlas entre los diferentes servicios de medicina interna y reuniones con personal de enfermería de hospital de día de Barbastro para la formación y el debate sobre logística y metodología para su realización. Por última parte en el mes de octubre se inicio el uso del protocolo y su implementación a través de intranet y se inicio la recogida de datos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pruebas realizadas fueron 27 test de los cuales un 75% eran mujeres y un 25 % eran hombres. La pruebas más frecuentemente realizadas fueron el test de thyrogen en un 59% de los casos, realizado para tratamiento y seguimiento del carcinoma papilar de tiroides y 33% fueron test de ACT para descartar insuficiencia suprarrenal. El resto de pruebas fueron estudios de crecimiento como test de propanolol-ejercicio y test de glucagon. Se ha aportado información a todos los pacientes sobre la prueba a realizar y se ha firmado el consentimiento informado. Como reacciones adversas tras el tratamiento con Thyrogen se ha detectado hipertensión arterial transitoria en un paciente descartándose otras causas, no estando este efecto adverso registrado previamente, durante el test de glucagón el paciente presento nauseas siendo un efecto frecuente de este prodecimiento. En el resto de pruebas que se realizaron no ha habido incidencias.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha desarrollo el protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas adecuadamente dentro de las fechas previstas y ya esta disponible en intranet para todo facultativos interesado en su realización. Se han realizado sesiones formativas para la implantación del protocolo también dentro de las fechas estipuladas. Se han detectado varios episodios de reacciones adversas, uno de ello no descrito previamente. Se ha aportado información verbal y escrita a todos los pacientes a los que se ha realizado una prueba funcional.

#### 7. OBSERVACIONES.

Como proyecto a largo plazo vamos a continuar recogiendo los datos sobre efectos secundarios a largo plazo.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/945 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0945

Título  
ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Autores:  
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA, MENA GIMENO VIRGINIA, OLIVAR ORTEGA LORENA, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SAMITIER PUY MARIA JOSE, NASARRE GER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La mayoría de las determinaciones hormonales en endocrinología presentan peculiaridades derivadas de su composición, de su patrón de secreción, de la interferencia que sobre éste tienen en otras patologías, mientras que otras son atribuibles a la diversidad de metodologías utilizadas para su determinación y que comportan en muchos casos una gran disparidad en los valores de referencia para una misma hormona. Todo ello junto con la posibilidad de valorar algunos elementos de los ejes hormonales, ha hecho que durante mucho tiempo los endocrinólogos tuvieran que recurrir a la realización de pruebas dinámicas para explorar la causa de una patología determinada. En la actualidad el número y la diversidad de estas pruebas ha disminuido por varias razones: mejora de los métodos de medición, acortamiento del tiempo de respuesta de los resultados, implementación de nuevas pruebas de imagen que han facilitado la localización del origen de la patología, puesta a punto de nuevas herramientas diagnósticas. Sin embargo algunas de estas pruebas siguen siendo imprescindibles para el diagnóstico y seguimiento de algunas patologías y en este sentido se ha decidido hacer una puesta al día de las más utilizadas, con el fin de facilitar un protocolo, su interpretación e inconvenientes y contraindicaciones.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología.
- Aumentar la seguridad y disminuir riesgo de complicaciones y efectos secundarios en pruebas funcionales endocrinológicas.
- Optimizar el uso de las pruebas funcionales.
- Mejorar la información al paciente sobre la prueba funcional que se va a realizar.

#### MÉTODO

Actualización y selección de pruebas funcionales que requieren su realización en la consulta diaria de endocrinología  
Definición de indicaciones clave de las pruebas.  
Elaboración de protocolo de cada una de las pruebas funcionales endocrinológicas.  
Elaboración de consentimiento informado de nuevas pruebas funcionales.  
Realización de reuniones informativas para el personal de enfermería del hospital de día donde se van a realizar cada una de las pruebas funcionales.

#### INDICADORES

- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología. ESTANDAR : Si
- Elaboración y mejora de los consentimiento informados de cada una de las pruebas funcionales y la información recibida por el pacientes. ESTANDAR: SI
- % De pacientes informados sobre la prueba funcional que se va a realizar: ESTANDAR > 80%
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/ total de profesionales por unidad : ESTANDAR > 80%
- Registro de reacciones adversas. ESTANDAR: SI

#### DURACIÓN

- Realización de protocolos de pruebas funcionales endocrinológicas que se adjuntan en anexo 1: mes de marzo 2018-Septiembre 2018.
- Realización de reuniones informativas a personal sanitario de Hospital de día durante mes de Septiembre 2018.
- Implantación y puesta en marcha de nuevos protocolos a partir de septiembre-Octubre 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 - 2018/0945**

**1. TÍTULO**

**ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS**

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

### 1. TÍTULO

#### PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ELISA MARIA SAHUN GARCIA  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BUERA AGRAZ JAIME  
GASTON AÑANOS JUAN FRANCISCO  
GOMEZ RIVAS PAULA  
BUSTOS MORELL CRISTINA  
FLORIAN GERICO JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo el diseño del Portal de Información Farmacoterapéutica, se ha desarrollado su programación web con el Departamento de Informática del Hospital, y se ha integrado en la Intranet del Sector Barbastro, de forma que sea accesible para todos los profesionales a través del enlace "FARMACIA BARBASTRO". En el diseño se ha optado por una estructura de iconos, la cual posibilita una interface más visual y amigable para el usuario, y por otra parte permite realizar actualizaciones del contenido manteniendo el aspecto externo. Una vez decidido el formato, el grupo de trabajo consensuó los contenidos del Portal, y llevó a cabo la recopilación y organización de los documentos, así como los enlaces a los recursos farmacoterapéuticos más relevantes en la práctica clínica habitual.

El 25 de Octubre de 2018 se presentó a la Comisión del Sector Barbastro para El Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, de la que forman parte profesionales de distintos Servicios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

Se han aprovechado las sesiones formativas relativas a la implantación de la Prescripción Electrónica que se han realizado a los distintos profesionales del área de Medicina Interna, tanto médicos como de enfermería, para dar a conocer "in situ" el Portal y su contenido:

- Documentos internos del Hospital: Guía Farmacoterapéutica, Guía de Administración de Medicamentos por vía Parenteral, Guía de Antídotos, Guía de Administración de Medicamentos por Sonda, vademecum de nutrición e impresos de solicitud de nutrición artificial; enlace al petitorio para reposición de Botiquines de planta.
- Documentos del Servicio Aragonés de Salud: acceso a Farmasalud, recomendaciones del uso de fármacos, Impreso para el Consentimiento informado, Protocolos de Intercambio Terapéutico.
- Acceso a la página del Ministerio de Sanidad: CIMA, alertas, desabastecimientos, Sistema Español de Farmacovigilancia y tarjeta amarilla.
- Otras informaciones útiles, como acceso al BOT-Plus.
- Manuales de prescripción y administración de Pressalud®

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha facilitado enormemente el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Se ha optimizado el uso de los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos, y se ahorra en impresión de documentos, disponibles on-line.
- Se ha establecido un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés, como los Manuales para la Prescripción y Administración en la Prescripción Electrónica (Pressalud®) recientemente implantada en el Hospital de Barbastro.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Portal ha tenido una muy buena acogida por parte de los profesionales sanitarios. La información que contiene está actualizada, permitiendo disponer de las últimas versiones de los documentos. El Portal está abierto a las nuevas necesidades que puedan surgir, así como a las sugerencias de los usuarios. En este sentido, el 12 de diciembre de 2018 se añadió el acceso a Pediamecum y a e-lactancia atendiendo la solicitud del Servicio de Pediatría. La mayoría de las consultas las resuelve el propio solicitante, tutorizado por el farmacéutico. De forma progresiva, y a medida que avance la implantación de la Prescripción electrónica, se irán realizando sesiones difundiendo el contenido por el resto de áreas. Queda pendiente la introducción de un acceso a los acuerdos alcanzados en la Comisión del Sector Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, y más adelante, para el resto de Comisiones del Hospital. Por el momento no se ha podido implementar técnicamente un contador que nos proporcione el número de visitas a la plataforma.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

### 1. TÍTULO

#### PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1078 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1078

Título  
PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
SAHUN GARCIA ELISA MARIA, BUERA AGRAZ JAIME, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, FLORIAN GERICO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
El proyecto se enmarca en la participación del Hospital de Barbastro en la filosofía de la Red de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios de Aragón, y en particular en las funciones de la Comisión de Información y Actualización en Farmacoterapia de Aragón:  
- Proporcionar y difundir información de forma ágil, periódica y actualizada, basada en la evidencia científica, sobre el uso racional del medicamento y de los productos sanitarios al conjunto de profesionales y estructuras de la Red.  
- Colaborar en el diseño y mantenimiento de las bases de datos que soportan las herramientas de ayuda a la prescripción en los sistemas corporativos de prescripción electrónica asistida del Servicio Aragonés de Salud. Los constantes cambios y actualizaciones en la información de que debe disponer un profesional sanitario en su trabajo habitual hacen necesario un sistema ágil de acceso a la misma.  
Desde el Servicio de Farmacia se detecta dificultad a la hora de buscar información cotidiana sobre fármacos disponibles, forma de administración, dosificación en poblaciones especiales, compatibilidad, dispensación extrahospitalaria, si ésta es con o sin visado, normativa al respecto, acceso a formularios, desabastecimientos y alertas.  
Asimismo, cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias, el médico que lo atiende precisa disponer de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital a mano para poder conciliar la medicación ambulatoria con la disponible en el Hospital.  
Esta problemática también se ha suscitado en la Comisión del Sector de Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Además, una de las funciones de esta comisión es difundir todos los acuerdos y actuaciones que sobre el Uso Racional del Medicamento se establezcan en el Sector, así como las decisiones y acuerdos que se adopten en la Comisión para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios de Aragón, y en la actualidad no se dispone de un cauce organizado para llevar a cabo dicha difusión.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Facilitar el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.  
- Optimizar los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos.  
- Establecer un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés.  
- Difundir las respuestas a las consultas más destacadas recibidas a través del Centro de Información del Medicamento (CIM) del Servicio de Farmacia.

**MÉTODO**  
• Elaboración de una plataforma unificada de acceso a la información farmacoterapéutica. Para ello será necesario:  
- Recopilar y organizar todos los documentos y accesos relacionados con la farmacoterapia.  
- Establecer coordinación y trabajo conjunto entre el Departamento de Informática y el Servicio de Farmacia: que la información esté disponible desde Intranet Sector Barbastro.  
- Proceso dinámico: Se procederá a renovar los documentos y adjuntar nuevos a medida que sea necesario, de forma que todos los profesionales accedan a la información actualizada.  
• Difundir toda la información entre los profesionales sanitarios mediante talleres o sesiones informativas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

### 1. TÍTULO

#### PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

##### INDICADORES

Elaboración de la plataforma SI/NO

Nº documentos insertados en la plataforma / Nº documentos actualmente dispersos

Nº Talleres/Sesiones de difusión con los distintos servicios

Nº de visitas a la plataforma

##### DURACIÓN

- Segundo trimestre: Recopilación y organización de los documentos y accesos. Elaboración de la plataforma.
- Tercer trimestre: Difusión de la información.
- Cuarto trimestre: Evaluación.

##### 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 - 2018/1081

### 1. TÍTULO

#### APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN FRANCISCO GASTON AÑÑOS  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SAHUN GARCIA ELISA MARIA  
GOMEZ RIVAS PAULA  
BUSTOS MORELL CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 25 de Septiembre de 2018 se procedió a la apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca de Fraga, con el reto logístico de haber utilizado para ello únicamente los recursos disponibles del SALUD, con la excepción de la adquisición de un frigorífico adicional.

Para ello, desde el Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro se ha creado una agenda de pacientes crónicos con domicilio en los municipios de Fraga, Torrente de Cinca, Mequinenza, Candanos, Ballobar, Ontiñena, Chalamera, Belver de Cinca, Osso de Cinca, Zaidín y Velilla de Cinca.

Los pacientes han sido entrevistados en visitas previas, habiendo mostrado la gran mayoría su aceptación a ser incluidos en la agenda, pues era una aspiración que venían manifestando en distintos foros. Sólo 4 pacientes han preferido seguir acudiendo a Farmacia de Barbastro, decisión que se ha respetado.

No se han incluido aquellos pacientes cuya dispensación está ligada a la consulta con el especialista, tales como pacientes onco-hematológicos e inicios de tratamiento, que son atendidos en nuestra consulta habitual del Hospital de Barbastro.

Los medicamentos proceden del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, desde donde se programa el suministro, que se envía por valija el día previo a la Consulta, y se conserva convenientemente 24 horas.

Con una frecuencia mensual, se desplaza un Farmacéutico del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro hasta el Centro Sanitario Bajo Cinca y atiende la Consulta de Pacientes externos, realizando las siguientes actividades: Atención Farmacéutica, Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros).

De esta forma se palió la ausencia de un Servicio de Farmacia en el Centro Sanitario Bajo Cinca, que únicamente cuenta con un Depósito de medicamentos, desde el cual y sin la intermediación de un Servicio de Farmacia y Personal Especialista no podría realizarse dicha Atención Farmacéutica, tal y como indica la legislación vigente.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha acercado la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a un colectivo de usuarios de la Sanidad de tipo crónico, evitando así su desplazamiento hasta Barbastro desde su lugar de residencia.

Se ha mejorado la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, puesta de manifiesto tanto en la aceptación como en la propia consulta.

Los pacientes se benefician de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se ve complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista:

- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.
- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La población de las Zonas Básicas de Salud próximas al Centro Sanitario Bajo Cinca ha recibido con satisfacción esta mejora de la Calidad Asistencial, que viene a ampliar la cartera de servicios ofertados por el SALUD desde el centro.

Para la obtención de los indicadores se han extraído los datos del Programa de Dispensación de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro (programa Farmatools).

Los indicadores de la actividad realizada entre Septiembre y Diciembre de 2018

- N° de pacientes atendidos: 61.
- N° de consultas atendidas: 106.
- N° de dispensaciones realizadas: 248.
- N° de unidades de fármaco dispensadas: 9.170.
- Importe: 187.480 €.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

### 1. TÍTULO

#### APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Con la planificación llevada a cabo y el volumen de actividad actual, se ha fijado como suficiente una consulta al mes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1081 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1081

Título  
APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Autores:  
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUE PRECISAN DISPENSACION DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
El Sector Barbastro se caracteriza por la alta dispersión de la población atendida. Una proporción considerable de los pacientes del Sector precisan tratamientos con medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros). Este tipo de medicamentos, en general, de elevado impacto económico, de alta complejidad, y con necesidad de seguimiento especializado, solamente pueden ser dispensados en el Servicio de Farmacia del Hospital, según la legislación vigente.  
Los pacientes por tanto deben desplazarse al Hospital para recoger sus medicamentos y recibir una atención especializada.

En Fraga cuentan con el Centro Sanitario Bajo Cinca, pero carece de las condiciones materiales y de personal requerido para el establecimiento de un Servicio de Farmacia, por lo cual dispone de un Depósito de Medicamentos, entre cuyas funciones no se encuentra legalmente contemplada la dispensación a pacientes externos.  
Recientemente, dicho Depósito de Medicamentos ha pasado a depender del Servicio de Farmacia de Barbastro, donde se viene atendiendo históricamente a un relevante número de pacientes de la Comarca del Bajo Cinca, muchos de los cuales de carácter crónico.  
Se pretende mejorar la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, al acercar la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a su lugar de residencia y evitar el actual y necesario desplazamiento hasta Barbastro.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar el acceso a los pacientes de la Comarca del Bajo Cinca a la Atención Farmacéutica Especializada utilizando los recursos del SALUD, en este caso las instalaciones del Centro Sanitario Bajo Cinca y el personal del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro.

Mediante la apertura de una Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos en Fraga, atendida por personal farmacéutico especialista, extensión legal del Servicio de Farmacia de Barbastro, se atendería a los pacientes externos de la zona de Fraga ya en tratamiento, así como a los que lo inicien en adelante. Se comenzaría con 2 consultas mensuales, y se evaluará posteriormente si esta frecuencia se adapta a las necesidades de los pacientes. Los pacientes se beneficiarían de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se vería complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista en la que se realizaría:

- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

### 1. TÍTULO

#### APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

#### MÉTODO

Apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca. Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros), en el Centro Sanitario Bajo Cinca a los pacientes que por proximidad a su domicilio decidan ser atendidos allí, por personal Farmacéutico Especialista del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, tal como indica la legislación vigente. Coordinación con Admisión, para la gestión de una agenda de citas en la consulta.

Adecuación de las instalaciones y organización del aparato logístico para poder llevarlo a cabo.

Difusión de la información entre los pacientes y profesionales sanitarios

#### INDICADORES

Nº consultas/año.

Nº dispensaciones/año.

Nº pacientes atendidos/año.

Encuesta de satisfacción de usuarios.

#### DURACIÓN

- Segundo trimestre: Implantación de la consulta
- Tercer trimestre: Difusión de la información
- Cuarto trimestre: Evaluación

#### 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 - 2018/0263

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA FLOR YUS CEBRIAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

PAUL VIDALLER PEDRO  
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY  
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ  
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR  
MOLES ALASTRUE JOSEFA  
ESTEVE MORLAN MILAGROS  
MAZON GARCIA ANDREA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante el mes de mayo y junio de 2018 se revisaron las guías existentes de anticoagulación oral, así como el antiguo material suministrado en nuestras consultas, y se elaboró un borrador de "Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K (AVK)".  
- Durante julio-septiembre de 2018, se presentó el borrador a enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas, y se elaboró la versión definitiva de la "Hoja de Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK".  
- Inicio del programa: A partir del mes de Octubre de 2018, en la primera visita realizada a los pacientes que comenzaban anticoagulación con AVK, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, explicaba el tratamiento con AVK, y aportaban la hoja de recomendaciones donde se solventaban las principales dudas sobre el tratamiento que pudiese surgir en su domicilio. También se ofrecía la hoja de información a los pacientes que ya estaban en tratamiento y que mostraban dudas sobre la anticoagulación con AVK.  
- A partir de Diciembre de 2018, se comenzó a valorar la utilidad de la hoja de recomendaciones en los pacientes que se encuentran en tratamiento anticoagulante con AVK: se ha efectuado una valoración de la comprensión aportada en las primeras visitas, objetivando un claro beneficio de la utilización de la hoja de recomendaciones. Insistiendo en los puntos de la hoja de recomendaciones: tratamiento concomitante, dosis del tratamiento anticoagulante, dieta, ...

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha conseguido que los pacientes presentan una dieta equilibrada, disminuyendo así la labilidad de los niveles de INR.  
- Los pacientes han mantenido a los facultativos de Hematología de los cambios en su tratamiento habitual.  
- Se observa que los pacientes presentan menos eventos adversos evitables, potencialmente graves, derivados de la desinformación.  
- Ha permitido solventar antiguos "mitos" sobre el tratamiento con AVK.  
- Los pacientes han presentado una mejoría en la calidad de vida, al disminuir los miedos y preocupaciones en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mayor satisfacción por parte de los pacientes, al poder solventar dudas en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.  
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con AVK, al presentar un mejor conocimiento de los eventos adversos derivados de la anticoagulación.  
- Mayor compromiso de los pacientes en la cumplimentación del tratamiento.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/263 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0263

Título  
CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Autores:  
YUS CEBRIAN MARIA FLOR, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PERELLA ARNAL MATILDE INES, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Anticoagulación  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitaminas K (AVK) en ocasiones presentan multitud de dudas sobre el tratamiento, que normalmente solventan en la consulta de Hemostasia, pero consideramos que es importante que las principales cuestiones que les puedan surgir las tengan solventadas en una hoja informativa. Creemos que es fundamental que los pacientes anticoagulados con AVK conozcan los siguientes:

- La adecuada toma de AVK y otros fármacos que deben tomar por procesos crónicos o intercurrentes. Los pacientes no deberían suprimir o añadir medicamentos sin el consentimiento de un facultativo.
- Debe ser de máxima importancia que los pacientes anticoagulados con AVK tengan claro que la dosis que deben de tomar es la indicada y solamente esa dosis. Deberían conocer que es peligroso aumentar o reducir la dosis sin instrucciones expresas de un facultativo.
- Los alimentos que pueden tomar. Muchas veces objetivamos que los pacientes evitan tomar verduras u otros alimentos ricos en vitamina K por miedo a que los controles no sean adecuados. No deberán efectuar cambios de importancia en su régimen alimenticio por el hecho de que se encuentren en tratamiento con AVK.
- Los pacientes deberían estar informados de los riesgos de tomar otros antiagregantes y anticoagulantes. También deberían estar atentos ante cualquier pérdida anormal de sangre (por encías, epistaxis incoercible, hematuria, melenas o rectorragia, grandes hematomas en la piel). En caso de apreciar alguno de los anteriores síntomas, debería acudir a su centro de Atención primaria o a Urgencias del hospital.
- En caso de enfermedad, con o sin fiebre, la presencia de diarreas, deberá indicarlo a su médico de atención primaria, o a su Hematólogo.
- No deberían abusar de bebidas alcohólicas si se encuentran en tratamiento con AVK.
- Siempre que sea necesario que sean sometidos a procedimientos invasivos, deberán indicar que se encuentran en tratamiento anticoagulante, de manera que se les realice una pauta para la retirada del fármaco.
- No deberán administrarse inyecciones intramusculares por el riesgo de hematomas musculares, y si fuera preciso debería realizarse subcutáneo profundo.
- Si la paciente tuviera intención o se queda embarazada, debería indicarlo inmediatamente a su médico de Atención Primaria o Hematólogo.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
- Evitar los riesgos derivados del desconocimiento de un adecuado manejo de AVK, y solventar todas las dudas potenciales en una hoja informativa que el paciente podrá tener en su domicilio.
- Intentar que el paciente no consulte otras fuentes no fidedignas que pueden conducir a riesgos para su salud.

##### MÉTODO

- En la primera vista realizada a los pacientes que inician anticoagulación, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, además de explicar al paciente el tratamiento con AVK, les facilitará una hoja informativa donde puedan solventar las principales dudas que puedan surgirle en su domicilio y en su día a día.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, que consistirá en la creación de una hoja informativa, que sea de fácil lectura y que sea comprensible por todos los pacientes, sean jóvenes o ancianos, con estudios básicos o universitarios.
- Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

##### INDICADORES

- Porcentaje de reducción del número de pacientes que presentan eventos adversos por la toma de AVK ((nº pacientes año estudio - nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

#### DURACIÓN

- 1 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.
- 1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
- Junio-Agosto de 2018: Inicio del programa.
- Dos meses después del inicio del programa: Realizar un cuestionario de satisfacción en el que se evalúe la utilidad de la Hoja informativa.

#### 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 - 2018/0349

### 1. TÍTULO

#### RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LORIS LENDY ROMERO QUEZADA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

PAUL VIDALLER PEDRO  
YUS CEBRIAN MARIA FLOR  
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ  
PERELLA ARNAL MATILDE INES  
MAIRAL LACOMA BEATRIZ  
ROMERO ARPA MILAGROS  
OLIVA ARMISEN JOAQUIN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el pliego de prescripciones técnicas incluyendo la documentación técnica que deben presentar las casas comerciales, el equipamiento necesario para la realización de los hemogramas en el Sector de Barbastro (Hospital de Barbastro y Laboratorio de Fraga), las condiciones que debe cumplir el Servicio técnico y otras cuestiones como controles de calidad y certificado sobre manejo de los residuos generados.  
Se han determinado los criterios de valoración acerca de los autoanalizadores, los reactivos y el servicio técnico.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han estudiado las características de los autoanalizadores de varias casas comerciales, valorando si cumplían los requisitos indicados en el apartado anterior y son adecuados para las necesidades de nuestro Sector.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como consecuencia de la presión asistencial no se ha podido finalizar el proyecto como teníamos previsto quedando pendiente la publicación de las especificaciones requeridas, la realización del informe técnico y una vez se hayan implantado los nuevos autoanalizadores realizar la formación del personal del Laboratorio.  
Se prevé poder finalizar el proyecto durante el año en curso.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/349 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0349

Título  
RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:  
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, PERELLA ARNAL MATILDE INES, QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, OLIVA ARMISEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Toda la patología que precise realización de hemograma  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

### 1. TÍTULO

#### RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años. Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes. Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultánea de los autoanalizadores disponibles. Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro. Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos. Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

#### MÉTODO

Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos. Publicar las especificaciones requeridas. Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector. Realización del informe técnico. Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio. Implantación de los nuevos autoanalizadores. Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

#### INDICADORES

Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura. Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica. Reducción de costes por hemograma.

#### DURACIÓN

En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas  
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.  
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.  
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

#### 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 - 2018/0119

### 1. TÍTULO

#### VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MONICA ZAMORA ELSON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

CENTENO OBANDO JUAN JOSE  
LISA LOPEZ VICTORIA  
GARCIA CLAU SUSANA  
LLANAS RECH MONICA  
PLAZA CUELLO ALBA  
CALVO SARVISE ASUNCION  
FRANCO MONTES MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Protocolo iniciado en el año 2018, con el fin de realizar valoración nutricional a los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se ha procedido a recoger datos (el objetivo es llegar a 150 pacientes), en los que se recogen:

- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los últimos 3 meses.
- Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltración y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxitus o no durante su ingreso en UCI.
- Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
- Datos analíticos: Hb, Hto, linfocitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbúmina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnesio, transferrina y triglicéridos

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es un trabajo de seguimiento, estamos todavía en la fase de recogida de datos. Pero podemos decir, que gracias a esta recogida de datos, estamos detectando al ingreso en UCI, los pacientes con mayor grado de desnutrición.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestros objetivos son;:

- Grados de desnutrición al ingreso en UCI
- Porcentaje de desnutrición en los pacientes que ingresan en UCI
- Valorar síndrome de realimentación
- Comparación entre los diferentes scores nutricionales
- Valorar que datos al ingreso se relacionan con mayor mortalidad de los pacientes
- Que datos al ingreso se relacionan con mayor desnutrición

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/119 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0119

Título

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

Autores:

ZAMORA ELSON MONICA, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, LISA LOPEZ VICTORIA, GARCIA CLAU SUSANA, LLANAS RECH MONICA, PLAZA CUELLO ALBA, CALVO SARVISE ASUNCION, FRANCO MONTES MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: patologías que requieran ingreso en UCI  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros  
Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

### 1. TÍTULO

#### VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

#### PROBLEMA

Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Síndrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según características del paciente

#### MÉTODO

- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analítica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto  
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

#### INDICADORES

Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadístico correspondiente.

#### DURACIÓN

Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

#### 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 - 2018/0212

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO GRASA LANAU  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

MENDIARA BERBIELA YOLANDA  
SANZ CARDIEL ALICIA  
CABRERO MAISONNE NATALIA  
CALVERA CALVERA ALICIA  
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL  
ABADIA ORTIZ ESTER  
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de sesiones divulgativas sobre el delirio en el paciente crítico con el objetivo de informar y concienciar al personal de la unidad sobre su importancia y como prevenirlo (diciembre 2017)
- Elaboración e impresión de tríptico informativo sobre el delirio y su prevención para familiares de pacientes ingresados en UCI (abril 2018)
- Comienzo del reparto del tríptico entre los familiares de los pacientes en el momento del ingreso (mayo 2018)
- Elaboración de un protocolo de actuación multidisciplinar de prevención del delirio en el paciente crítico mediante medidas no farmacológicas y posterior envío a la unidad de calidad del sector (mayo 2018)
- Difusión del proyecto en forma de póster en las VII Jornadas de Calidad, Investigación e Innovación del Sector Barbastro (mayo 2018) y en el XLIV congreso nacional de la SEIUC (junio 2018) como medida motivación e incentivación del personal de la unidad
- Aprobación del protocolo presentado por parte de la unidad del Calidad del sector (julio 2018)
- Asistencia de miembros del grupo de mejora al curso DELIRUCI 2018 (Curso multidisciplinar sobre prevención, detección y tratamiento del Delirium en la UCI) organizado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida para actualización y renovación de conocimientos y aplicación en nuestro entorno (octubre 2018)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del protocolo: SI / STANDAR: SI (certificado por unidad de calidad)
- Realización de sesión de formación y concienciación para el personal de la unidad: SI / STANDAR: SI (acreditado por unidad de formación)
- Realización de folleto informativo para las familias: SI / STANDAR: SI (aprobado por la unidad de Calidad como parte del protocolo)
- Número de folletos entregados/numero de ingresos: Pendiente de obtención de datos / ESTANDAR >80%.
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: En proceso de difusión / ESTANDAR >80%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tanto las sesiones formativas y de concienciación como la elaboración del folleto informativo para las familias han sido muy bien acogidos por el personal de la unidad, desarrollando una importante motivación e implicación con el proyecto.
- A raíz de la entrega de estos folletos informativos a las familias, hemos observado un alto nivel de implicación de éstas en las tareas de prevención del delirio, así como una mayor comprensión de este suceso cuando tiene lugar.
- La presentación del proyecto en forma de póster a las jornadas de calidad del sector y al congreso de la SEIUC han servido de motivación, puesto que han dado visibilidad a la labor desarrollada, a la vez que han servido para la acreditación del trabajo de cara a bolsas de trabajo, carrera profesional, etc..
- Tras un año del inicio del reparto de los folletos (mayo 2019), se realizará la recogida de datos a través de los registros informatizados de la unidad.
- Una vez elaborado el protocolo y validado por la unidad de calidad, queda pendiente completar su difusión, puesto que debido al alto grado de rotación de personal en nuestro servicio, se hacen necesarias nuevas sesiones formativas, para las cuales se solicitará acreditación como formación continuada para una mayor motivación del personal.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/212 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Nº de registro: 0212

Título  
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Autores:  
GRASA LANAU JOSE ANTONIO, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, SANZ CARDIEL ALICIA, CABRERO MAISONNE NATALIA, CALVERA CALVERA ALICIA, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, ABADIA ORTIZ ESTER, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Paciente crítico  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial

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

PROBLEMA  
El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS  
La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

MÉTODO  
- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por los miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención del delirio mediante medidas no farmacológicas.  
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.  
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.  
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

INDICADORES  
- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si  
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si  
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%  
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si  
- Número de folletos entregados/numero de ingresos. ESTANDAR >80%

DURACIÓN  
- Elaboración del protocolo: mayo 2018  
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018  
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018  
- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo - junio 2018

OBSERVACIONES



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212**

**1. TÍTULO**

**CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI**

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 - 2018/0351

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL  
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA  
COSCUJUELA ROMAN ELIA  
SANZ BERROY ASCENSION  
ALBAS MAZA RAUL  
NOGUES GARCIA LAIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. Reunión de los miembros del grupo para decidir modificaciones del protocolo actual de RCP en base a las nuevas guías y recursos del Hospital.

Durante los primeros meses desde el inicio del proyecto, procedimos a reunirnos en varias ocasiones para revisar atentamente cual era el protocolo actual de actuación ante una parada cardiaca a nivel intrahospitalario, y cuales eran los puntos a modificar, o bien porque estaban ya obsoletos o porque quedaban confusos.

2º. Presentación de dicho protocolo.

Una vez elaborado el nuevo protocolo de actuación, procedimos a presentarlo y explicar los nuevos cambios al personal trabajador de cada área del hospital.

3º. Cursos de actualización de RCP.

Se realizaron varios cursos de RCP básica, instrumentalizada y avanzada a lo largo del año 2018 para, además de refrescar conocimientos, presentar de nuevo el nuevo protocolo elaborado para nuestro hospital, para llegar al mayor número de trabajadores posible.

4º. Cursos de simulacros reales.

Realizamos también varios simulacros reales por las plantas del hospital, para que todo el personal pudiera familiarizarse de la manera más real posible con el nuevo protocolo elaborado.

5º. Modificación de la medicación y material del carro de paros.

Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos cuando atendemos una parada intrahospitalaria es que cada carro de paros está configurado de una manera diferente, tanto a nivel de medicación como de material. Además, muchas de las ampollas de fármacos son similares y están ubicadas en lugares cercanos. Todo esto da lugar a equivocaciones a la hora de administrar de medicación, o pérdidas de tiempo buscando material.

Por ello decidimos unificar todos los carros del hospital.

Para ello, procedimos a reunirnos con las supervisoras de cada planta, las cuales nos transmitieron sus opiniones y nos hicieron llegar cuales eran los principales problemas a los que se enfrentaba su personal. De esta manera y de forma conjunta, se llegó a un acuerdo sobre cual era la medicación y material que debía constar en cada carro, y su distribución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º. Hemos obtenido un nuevo protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, más simplificado y de mayor claridad, en el cual queda perfectamente reflejado cual es la misión de cada persona cuando atiende un paro en el hospital. Así conseguimos una mejor detección del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, quedando claramente definida la cadena de supervivencia y el papel a seguir de cada miembro del grupo de RCP.

2º. Obtención de un nuevo protocolo de PCR adaptado a nuestro hospital, el cual queda ubicado de manera esquemática y plastificado en cada uno de los carro de paros.

3º. Hemos conseguido que un gran número de trabajadores de nuestro hospital se apunten y realicen de forma completa y satisfactoria a alguno de los varios cursos impartidos de RCP tanto básica como instrumentalizada y avanzada en los cuales, además de explicar los conocimientos propios de este tipo de cursos, presentábamos el nuevo protocolo de actuación adaptado a las características de nuestro hospital.

4º. Con los cursos de simulacros reales realizados, conseguimos que todo el personal supiera enfrentarse a una situación lo más real posible de parada cardiorrespiratoria en una planta. De esta manera, comenzaron a familiarizarse con el protocolo elaborado, quedando claros todos los conceptos y el papel de cada uno ante una situación de emergencia.

5º. Se han conseguido unificar todos los carros de paros del hospital, tanto a nivel de medicación como de material y ubicación del mismo. De esta forma, se reduce la yatrogenia de manera considerable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido una mejor atención al paciente en parada cardiorrespiratoria, con mayor seguridad de los miembros que la atienden por tener más claros los conceptos y su papel a desarrollar.

Nos queda a lo largo de este segundo año de proyecto, la recogida de datos para poder demostrar todos los objetivos pendientes, pretendiendo una detección más precoz del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, una desfibrilación más temprana, una disminución de los tiempos de actuación y una mayor supervivencia.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

### 1. TÍTULO

#### CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/351 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0351

Título  
CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:  
LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA, COSCUJUELA ROMAN ELIA, SANZ BERROY ASCENSION, ALBAS MAZA RAUL, NOGUES GARCIA LAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Parada Cardiorrespiratoria reanimable  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros  
Otro tipo Objetivos: Formación

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

PROBLEMA  
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.  
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.  
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención  
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.  
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

MÉTODO  
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.  
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.  
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.  
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR  
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

INDICADORES  
- Nº episodios PCR  
- Nº exitus / Nº episodios PCR  
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables  
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)  
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

DURACIÓN  
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre 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) .:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351**

**1. TÍTULO**

**CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA**

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0062

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MEDRANO MARTINEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

PEYRET FERRER INMACULADA  
BUIL CORONAS SONIA  
GUIRAL FENANDEZ NURIA  
MILLAN GARCIA JOSE RAMON  
ZUERAS BERNAD TERESA  
DOMPER BUIL ASUN  
ABAD RUIZ ALODIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS. FEBRERO DEL 2018 EVALUACIÓN

Se detecta un error en la recogida de datos que podría originar sesgo en la evaluación (como solo había una persona responsable de la recogida de datos, cuando está no estaba dejaba de registrarse alguna sujeción)  
-Realización de una hoja de recogida de datos para todo el personal de la unidad y así evitar sesgos.  
-Modificación de la hoja de registro añadiendo un item nuevo "Cuando no exista supervisión familiar" Este nuevo item se añadirá tanto en la hoja de enfermería como en la de indicación médica.  
En presencia de la familia, se retiraban la sujeciones volviéndolas a colocar cuando el paciente dejaba de estar supervisado de forma constante por el familiar, sin que previamente se hubiesen suspendido. De esta manera quedará reflejada la retirada esporádica de la sujeción.  
MAYO DEL 2018  
Se retrasa la Evaluación final por no haber suficientes casos para la evaluación, no llegando a 30 casos iniciales de la preevaluación. (muestra considerada representativa de inicio).  
Esta modificación de los items se llevará a cabo tras la evaluación final y la exposición en una sesión informativa al resto de unidades.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Noviembre del 2018 EVALUACIÓN REAL FINAL  
Se detecta otro nuevo error, para la realización de los cambios posturales, se debe utilizar el cinturón abdominal aunque no lo precisara de inicio en la contención

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EN 2019 Se hará sesión informativa y posterior implementación al resto de unidades y modificaciones de items.  
No se pone fecha de implementación en otras unidades a expensas de la introducción de esta documentación en la historia clínica electrónica y la puesta en marcha de ella.  
Se presta la documentación que estamos utilizando actualmente, al equipo de registro enfermero de la HCE.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/62 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0062

Título  
IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS"

Autores:  
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, PEYRET FERRER INMACULADA, BUIL CORONAS SONIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, ZUERAS BERNAD TERESA, DOMPER BUIL ASUNCION, ABAD RUIZ ALODIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0062**

**1. TÍTULO**

**IMPLEMETACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"**

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

Necesidad de regular y controlar la indicación y cuidados de las sujeciones físicas .  
Debido a las características demográficas de nuestra comunidad Demanda de los profesionales, preocupación sanitaria y responsabilidad.

**RESULTADOS ESPERADOS**

REGULAR EL USO DE LAS SUJECIONES FÍSICAS EN NUESTRO CENTRO HOPITALARIO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS. (Transtorno del comportamiento que puede producir daño o lesión a sí mismo, a otras personas o en el entorno)

**MÉTODO**

Revisión de protocolos de Sujeciones Físicas  
Difusión del protocolo y la implementación del mismo  
Elaboración de hojas de registro de indicación y cuidados  
Recogida de datos pre-implementación o post.  
Curso de formación del personal  
Difusion de las medidas adoptar y puesta en marcha  
Implementación del protocolo  
Evaluación del protocolo  
El número de reuniones previsibles anuales de todo el equipo serán 4

**INDICADORES**

Fórmula:  
$$\frac{\text{Nº de pacientes con sujeciones y consentimiento informado indicación médica y hojas de cuidados enfermeros}}{\text{Nº de pacientes con sujeciones}} \times 100$$
  
Fuente de datos :  
Registro de personal asistencial  
Estándar 90%

**DURACIÓN**

Duración 3 años y medio  
Inicio abril del 2015  
Fin noviembre del 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 - 2018/0300

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA BOLEA LADERAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BUSTOS MORELL CRISTINA  
CASTELLAR OTIN ELENA  
BAGÜESTE MORAN PATRICIA  
PARDINA GARCIA ANA CRISTINA  
NASARRE CANCER INES  
BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han recapitulado entre el 1 de junio y el 31 de diciembre del 2018 un total de 89 pacientes que han mantenido seguimiento periódico por la unidad y en los cuales se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico habitual en su totalidad. En 65 de estos pacientes se ha realizado alguna modificación en su tratamiento a lo largo de su seguimiento de forma sustancial (retirada de fármacos o sustitución de un fármaco por otro), no se han tenido en cuenta de cara al proyecto por el momento un ajuste en la dosis o la sustitución de un principio activo por otro de una misma familia. Hasta el momento, el grupo de fármacos más afectado ha sido los antiagregantes/anticoagulantes, encontrando frecuentemente su asociación en gran cantidad de pacientes y habiendo procedido a su revisión en cuanto a su indicación en el momento actual. Otro grupo de fármacos que se ha visto afectado de forma contundente ha sido el de los hipolipemiantes, muy prescritos en el día a día y que por el perfil del paciente de la unidad nos hemos visto obligados a revisar la conveniencia en cuanto a su prescripción en el momento actual, a menudo con su retirada total ante la ausencia de beneficio en el momento actual de la vida del paciente. Por último, el grupo de psicofármacos también ha representado un punto importante, observando una alta prescripción, especialmente en los pacientes institucionalizados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según el apartado anterior, se ha retirado el tratamiento hipolipemiante en casi el 20% de los pacientes que se encontraban con este tratamiento (67 pacientes en total en tratamiento fundamentalmente con estatinas), no habiendo observado efectos secundarios en ninguno de los casos. Para su retirada se han tenido en cuenta la edad (superior a 85 años), parámetros nutricionales y motivo de prescripción (tratamiento de dislipemia primaria o como prevención secundaria tras un evento agudo cardiovascular). En cuanto al tratamiento antiagregante/anticoagulante, en 2 casos se ha observado que se encontraban en tratamiento anticoagulante durante más de 12 meses por un embolismo pulmonar, por lo que se ha procedido a su retirada. No se ha observado efectos secundarios o recurrencia de un cuadro tromboembólico por el momento. En otros 2 casos fue necesaria la retirada definitiva de tratamiento anticoagulante como prevención de ictus cardioembólico ante la recurrencia de episodios de hemorragia mayor, por el momento tampoco se han evidenciado consecuencias de estas actuaciones. Y por último, en cuanto a los psicofármacos, en 14 de estos pacientes se han modificado su tratamiento habitual prestando especial atención a las benzodiacepinas, encaminando nuestra actuación hacia su suspensión definitiva y optando hacia otro grupo de fármacos. Así mismo, se ha intentado una simplificación del tratamiento farmacológico intentando prescindir de aquellos que por la situación vital del paciente, por la ausencia de beneficio demostrado o por la presencia de efectos secundarios menores, no se oportuno su continuidad. Con respecto a todas estas acciones, han quedado reflejadas en su historia clínica y han sido informados los pacientes y su cuidador principal de forma escrita y verbal, informado de posibles efectos secundarios o de rebote tras su retirada. Se ha observado en global una buena acogida por parte de los pacientes y familiares, que ven muy positivo la simplificación de su tratamiento.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente observar la evolución a lo largo de los próximos 6 meses y ampliar la captura de pacientes que mantengan seguimiento en la unidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/300 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0300

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:  
BOLEA LADERAS LAURA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, PARDINA GARCIA ANA CRISTINA, NASARRE CANCER INES, BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
El paciente crónico complejo (PCC) es un paciente con múltiples enfermedades crónicas, que presenta frecuentes agudizaciones y descompensaciones de las mismas, lo que genera un alto consumo de recursos asistenciales (numerosas visitas a su centro de Atención Primaria y/o Servicios de Urgencias, ingresos hospitalarios, realización de pruebas complementarias y polifarmacia). La medicación se considera la primera causa de reacciones adversas derivadas de la asistencia sanitaria, por lo que podría ser adecuado plantear una revisión de la situación enfocada hacia el paciente crónico complejo, que por sus características, puede tratarse de un grupo muy vulnerable en este sentido y por tanto, beneficiarse ampliamente de esta atención. El desarrollo reciente de la Unidad del Crónico Complejo (UCC) en el Hospital de Barbastro pone de manifiesto esta realidad, habiendo detectado con frecuencia diversas situaciones (reacciones adversas a medicamentos, cambios en los objetivos terapéuticos, ausencia de efectividad del tratamiento etc) que hacen necesario un análisis objetivo.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Se realizará una revisión clínica de la medicación a cada uno de los pacientes que realicen seguimiento por la unidad, con al menos 2 o más consultas realizadas en la misma. Esta revisión consistirá en verificar la indicación de cada fármaco en relación con las patologías que tiene el paciente, su adecuación (por edad o condiciones clínicas como la insuficiencia renal) y en la detección de reacciones adversas, todo ello con la finalidad de decidir si es necesario continuar o retirar alguno de estos medicamentos (desprescripción). Además del juicio clínico, se empleará como herramienta explícita los criterios STOPP (Criterios STOPP-STAR). El objetivo principal será el de mejorar la seguridad del paciente crónico complejo mediante la suspensión de medicación que no necesite así como la detección y resolución de reacciones adversas. Otros objetivos serán los de mejorar la adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

**MÉTODO**  
Se realizará en la consulta de la unidad ubicada en la 4ª planta izquierda donde a partir de la 2ª consulta, se realizará una revisión clínica de la medicación y detección de posibles reacciones adversas, priorizando



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

la retirada de medicamentos sospechosos de haber ocasionado la reacción adversa o ya no estén indicados. Se elaborará un informe escrito que se facilitará al paciente y/o cuidador principal además de la explicación verbal de los motivos por los que se suspende y los posibles efectos adversos derivados de su suspensión, procurando resolver las dudas que puedan aparecer de esta acción. En las siguientes visitas, se evaluará la situación clínica del paciente con el fin de detectar problemas derivados de su suspensión como un efecto rebote, la reaparición de la enfermedad subyacente o un síndrome de retirada.

#### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes atendidos en la Unidad en los que se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico con aplicación de los criterios STOPP.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha realizado modificación de su tratamiento farmacológico habitual.
- Porcentaje de pacientes en los que se han detectado la aparición de problemas derivados de la modificación de tratamiento.
- Se elaborará un informe que contenga los resultados de los indicadores previamente expuestos y además, los grupos de fármacos que más frecuentemente han motivado su modificación/suspensión

#### DURACIÓN

Inicio el 1 de junio del 2018 con duración de 1 año en total, realizando un primer subanálisis a los 6 meses del comienzo.

#### 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 - 2018/1171

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA  
ARAZO SOLANA EVA  
BUIL TORO MARIA LUZ  
CORONAS JUSTE MARIA DOLORES  
GAIRIN NICOLAU OTILIA  
LARRAMONA BALLARIN RITA  
RASO BUERBA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hecho una revisión de las vacunaciones adecuadas para la población diana, que incluye a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que reciben hemodiálisis o que van a ser subsidiarios de recibir diálisis o un trasplante renal, en el área de Barbastro.

Se ha establecido el calendario vacunal apropiado para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva. Realizando una evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.

Se ha desarrollado un documento de vacunaciones recibidas para registro y posterior comunicación con Atención Primaria. Dicho formulario ha sido incluido en documentos oficiales de Enfermería de Nefrología del Hospital de Barbastro, aunque no se ha precisado su utilización debido a que, por motivos inesperados, la administración de vacunas no ha podido realizarse en el Hospital de Barbastro, realizándose a través de Atención Primaria. Se ha desarrollado un protocolo que incluye la prevención estructurada para dichos pacientes con un circuito claro y accesible, que interconecta Atención Especializada (Nefrología y Medicina Preventiva) y Atención Primaria. Se ha realizado registro de vacunas administradas y de pacientes que han recibido las apropiadas medidas preventivas en el tiempo y marco adecuados.

Enfermería del Servicio de Hemodiálisis ha colaborado en la recepción de vacunas, manteniéndolas en su adecuado estado hasta que el paciente pudiera recogerlas para su posterior administración en su Centro de Salud. Así como ha facilitado la información necesaria para el conocimiento de vacunaciones administradas a cada paciente con anterioridad al proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido una prevención estructurada en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en el área de Barbastro.

Desde su puesta en marcha, la vacunación de dichos pacientes se ha regularizado y se han mejorado tanto la información a los pacientes como la adecuación del momento de vacunación y dispensación de vacunas, con la colaboración del Servicio de Farmacia.

Se ha conseguido que aquellos pacientes que tienen mayor susceptibilidad de contraer infecciones, por su condición de inmunodeprimidos, hayan recibido vacunas de acuerdo a los estándares que recomiendan las Guías Nacionales. Al realizar esta revisión y protocolización, se ha conseguido alcanzar una gran mejora en la prevención de nuestros pacientes, siendo aquellos subsidiarios de recibir un trasplante renal vacunados en tiempo preciso y permitiendo que aquellos que inician hemodiálisis, lo hagan en las mejores condiciones posibles.

Se ha alcanzado el 100% de pacientes vacunados de acuerdo a los estándares recomendados. El calendario vacunal de cada paciente ha quedado registrado en su historia correspondiente en Atención Primaria.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado el estado inmunológico del paciente con ERCA, que encontrándose dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos y por la complejidad clínica que presentan en la mayoría de los casos, no siempre reciben la prevención en tiempo y dosis adecuada.

Se ha objetivado una mejora del conocimiento sobre prevención en los Servicios implicados del Hospital de Barbastro, que repercute en la mejora de salud y atención a nuestros pacientes.

A destacar el elevado porcentaje de pacientes que han podido recibir vacunas acorderamente y por ello, mejorar la situación inmunológica de acuerdo con las recomendaciones por los estándares nacionales e internacionales.

El desarrollo del programa ha sido adecuado al tiempo previsto, quedando abierta la mejora de realizar la administración de vacunas en el ámbito de Atención Especializada para no saturar Atención Primaria.

La comunicación con el Servicio de Farmacia ha sido muy accesible y facilitadora.  
Se agradece la colaboración a los Servicios de Atención Primaria.

Se recomienda la valoración de implementación en otros centros, estableciendo protocolos propios adecuándose

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

a los recursos del mismo.

#### 7. OBSERVACIONES.

Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que ha participado en el proyecto. Se agradecería su inclusión:  
CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN SAGARRA NADAL Y  
LAURA MORA ROLDÁN

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1171 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1171

Título  
ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Autores:  
BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, ARAZO SOLANA EVA, BUIL TORO MARIA LUZ, CORONAS JUSTE MARIA DOLORES, GAIRIN NICOLAU OTILIA, LARRAMONA BALLARIN, RASO BUERBA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) tienen mayor riesgo de hospitalización por infecciones que la población general, y en España las enfermedades infecciosas son las causantes del 15% al 20% de las muertes de enfermos en diálisis. Entre las infecciones que presentan mayor riesgo para estos pacientes se encuentran algunas que son prevenibles mediante vacunas, como la hepatitis B, las infecciones neumocócicas y la gripe.

La vacunación de pacientes en insuficiencia renal debe enmarcarse dentro de las estrategias de vacunación de los adultos. De modo genérico, el ámbito natural de vacunación de los adultos es la atención primaria de salud; sin embargo, no deben desaprovecharse otras oportunidades para mejorar las coberturas mediante la vacunación en otros ámbitos. En el caso de pacientes con patologías de cierta complejidad como son aquellos con insuficiencia renal crónica avanzada, que es posible que precisen diálisis o trasplante renal, la inmunización en el ámbito de la atención especializada resulta necesaria para conseguir mejores coberturas y seguimiento.

La vacunación precoz de pacientes con deterioro progresivo de la función renal tiene capital importancia, por las siguientes razones:

- La respuesta a la vacunación es mejor si se realiza en estadios más precoces de ERC por una más favorable situación del sistema inmune.
- Protección frente a potenciales situaciones de riesgo, como es la exposición en el ambiente hospitalario y en el de hemodiálisis.
- Posibilidades de empleo de vacunas atenuadas, genéricamente contraindicadas tras el trasplante renal, que se realizará en buena proporción de estos pacientes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la respuesta a las vacunas y establecer una prevención estructurada en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que serán potencialmente subsidiarios de recibir diálisis o trasplante renal.

#### MÉTODO

Actividades del FEA Nefrología-Preventiva:

- Establecimiento del calendario vacunal apropiado y prescripción de vacunas para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva futura.
- Evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.
- Evaluación del registro de base de datos.

Actividades de Enfermería

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

- Administración de vacunas prescritas
- Registro del calendario vacunal en la historia del paciente y en base de datos.

#### INDICADORES

Registro de actividad realizada con periodicidad trimestral en base de datos.

#### DURACIÓN

Fecha de inicio: Mayo 2018

Fecha de evaluación: periodicidad anual.

#### OBSERVACIONES

Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que participará en el proyecto.

Serán componentes participativos: CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN DAGARRA NADAL Y LAURA MORA ROLDÁN, en adición de los previamente incluidos.

#### 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 - 2018/1474

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA MORA ROLDAN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

RAMOS ESPAÑOL PILAR  
RASO BUERBA TERESA  
GAIRIN LACAMBRA MARIA  
SAMPER ENCINAS NURIA  
LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS  
ARAZO SOLANA EVA  
GAIRIN NICOLAU OTILIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado una gradación del estado del orificio del catéter permanente en los pacientes portadores de dicho acceso vascular en hemodiálisis.

Se han recogido fotografías de orificios de catéter central para desarrollar los diferentes grados o estadios por el personal de enfermería de hemodiálisis y facilitar comunicación en el servicio.

Se han realizado curas del orificio del catéter en cada sesión. Semanalmente curas con clorhexidina y curas por sesión con suero fisiológico. Se han recogido frotis de orificios de catéteres centrales en el momento en el que se han detectado signos incipientes de infección, como exudado y/o enrojecimiento.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha validado un sistema de grados de infección relacionada con el catéter venoso central permanente de hemodiálisis. Ello ha facilitado la comunicación entre los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro. Dicho estadiaje ha permitido evitar bacteriemias subsiguientes, habiendo detectando de manera temprana infecciones incipientes en el orificio del catéter central de hemodiálisis. Los cuidados aplicados en cada sesión y la aplicación del tratamiento de forma temprana en el caso de la identificación de alteraciones, han permitido obtener una adecuación del cuidado del catéter central de acuerdo a los estándares y recomendaciones de las Guías Nacionales.

Nos hubiera gustado establecer un protocolo de registro en las historias clínicas y valorar el recuento total de frotis obtenidos, pero no ha sido posible la implementación del sistema de grados por corto espacio de tiempo para desarrollo del proyecto.

La densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venosos tunelizado ha sido de cero.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son muy positivos, habiendo obtenido un porcentaje nulo de bacteriemia, lo que pone de manifiesto el control minucioso de dichos accesos por el personal de enfermería de hemodiálisis de Barbastro.

Dado el corto periodo de tiempo para la implementación del sistema de grados, creemos beneficioso continuar con este proyecto para continuar la mejora de la atención a nuestros pacientes de hemodiálisis.

En conclusión, la valoración y protocolización de grados del orificio son convenientes para mantener unos porcentajes de bacteriemia como los actuales.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1474 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1474

Título  
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Autores:  
MORA ROLDAN LAURA, BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, RASO BUERBA TERESA, RAMOS ESPAÑOL PILAR, RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, LACORT CASTRO CAROLINA, GAIRIN LACAMBRA MARIA, SAMPER ENCINAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS  
Línea Estratégica .: Crónico complejo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1474

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) ha aumentado progresivamente en los pacientes en hemodiálisis (HD); sin embargo, van asociados a mayores complicaciones, tanto trombóticas como infecciosas. Por eso es necesario y recomendable, de acuerdo con las guías nacionales, el manejo y seguimiento por personal especializado en hemodiálisis, que realice los cuidados pertinentes, tanto diarios como de las complicaciones.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar y detectar de manera temprana las infecciones asociadas al catéter central en los pacientes de hemodiálisis en el Servicio de Hemodialisis de Barbastro.  
- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis.

#### MÉTODO

- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis para aplicar en las sesiones diarias y el trabajo en equipo del departamento de hemodialisis.

#### INDICADORES

- Densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venoso tunelizado (número de bacteriemias relacionadas con el catéter venoso tunelizado/1.000 días de uso del catéter venoso tunelizado)

#### DURACIÓN

Fecha prevista de inicio Junio 2018.  
Fecha prevista de finalización Junio 2019.  
Desarrollo del sistema de gradación por Enfermería de Hemodialisis (Junio-Octubre 2018)  
Evaluación del tratamiento de infecciones por FEA Nefrología, hasta fecha de finalización.

#### 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 - 2018/0823

### 1. TÍTULO

#### ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ERICA LEON SUBIAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA  
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA  
GARCIA SOLANS MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este periodo hemos realizado una recopilación de los pacientes diagnosticados de asma grave en tratamiento activo con terapias biológicas (Omalizumab, Mepolizumab y Reslizumab) y hemos ido incluyendo de manera progresiva a aquellos que han iniciado alguna de estas terapias de novo.

Tras la recopilación, en todos ellos se ha llevado a cabo una primera consulta que hemos denominado consulta 0. En esa consulta se ha realizado una entrevista clínica completa con valoración de las pruebas complementarias realizadas hasta el momento, aplicando una plantilla que, por bloques, nos permite una clasificación fenotípica del paciente.

En primer lugar, comprobamos el diagnóstico de asma (Se estima que entre un 12 y un 30 % de los pacientes con sospecha de AGNC no tienen asma) en el caso de pacientes que ya estaban en tratamiento. Se realiza una completa anamnesis y exploración física. En base a eso se postula un fenotipo de asma grave apoyándonos en las pruebas complementarias realizadas hasta el momento. En el caso de pacientes "de novo" es en esta consulta, antes del inicio del tratamiento, cuando se solicitan las pruebas necesarias que básicamente son: espirometría con prueba broncodilatadora, prueba de imagen (radiografía de tórax y/o TAC torácico), pruebas microbiológicas (cultivo de esputo) y analítica sanguínea (incluyendo bioquímica básica, niveles de inmunoglobulinas, autoinmunidad, marcadores inflamatorios, hemograma y hemostasia). En esa misma consulta se realizan cuestionarios ACT, Epworth y Nigmejen.

Se procede entonces a la identificación de factores externos que impiden un buen control:

- Aspectos del paciente: nivel de adherencia terapéutico, apropiada técnica de inhalación.

- Comorbilidades y agravantes.

- Desencadenantes de exacerbaciones. Como la exposición a alérgenos, agentes ocupacionales, patógenos infecciosos, contaminantes, tóxicos, fármacos como el ácido acetilsalicílico y AINEs.

Finalmente, establecemos el fenotipo de asma grave. En el caso de los pacientes que ya se encontraban en tratamiento activo, hemos hecho una reevaluación del mismo (teniendo en cuenta las nuevas indicaciones, efectos secundarios y la aparición de nuevos fármacos) para decidir si continuar, modificar o suspender. En el caso de pacientes "de novo" esta reevaluación se irá llevando a cabo progresivamente.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento actual, se ha recopilado un total de 24 pacientes con AGNC en tratamiento biológico. Tras la instauración de este proyecto, se ha retirado por ineficacia la terapia a uno de los pacientes y se ha modificado a 2 de ellos. En uno de los casos se trataba de una paciente con asma eosinofílica de inicio tardío con escasa respuesta a omalizumab en la que se ha llevado el cambio a mepolizumab, con gran mejoría en los cuestionarios de calidad de vida y disminución de agudizaciones. En el otro caso, se trata de un asma alérgico, que presentó reacción adversa a omalizumab motivo por el que se encuentra en la actualidad con Reslizumab (pendiente de primera valoración de eficacia). Se trata de la única reacción adversa grave descrita en esta área desde el inicio de dichas terapias. En los próximos meses procederemos a la modificación de terapia en, al menos, otros tres pacientes más por ineficacia.

De los pacientes recopilados, 2 se encuentran en tratamiento por otra causa no asma bronquial: poliposis nasosinusal. De los 22 restantes, 15 presentan un fenotipo alérgico, 2 un fenotipo eosinofílico de inicio tardío y, consideramos que, los 5 restantes un fenotipo mixto. El 41,6% son varones (n=10), con una edad media de 65 años. Cabe destacar que el 33,3% de los pacientes (n=8) son exfumadores.

Del total de pacientes, 13 (54%) de ellos no habían sido valorados en consulta desde hacía al menos un año y, consecuentemente, tampoco se habían hecho las valoraciones pertinentes en cuanto a la terapia activa. Por otro lado, llama la atención que 8 pacientes (33,3%) no cumplían adecuadamente con el tratamiento broncodilatador asociado.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El llevar a cabo este proyecto no ha supuesto inversión económica. Simplemente se ha intentado realizar una recanalización de pacientes que, por definición, son graves y complejos y se encuentran con terapias de difícil manejo y alto coste. Creemos que la instauración de un programa para el paciente con asma grave va a permitir un mejor manejo y enfoque de la terapia necesaria. Debido a motivos ajenos al servicio, estos pacientes han estado un tiempo muy prolongado sin adecuado seguimiento médico, lo cual se ve reflejado en los datos. El hecho de haber iniciado este programa, educar al paciente y reevaluar la terapia instaurada ha mejorado tanto su calidad de vida como el número de agudizaciones y, por lo tanto, visitas a urgencias y/o ingresos si bien, estos son datos que no podemos ofrecer por el momento de manera objetiva ya que todavía no se ha llevado a cabo el análisis pertinente. Nuestro objetivo sería continuar con este programa para dar una mejor asistencia al paciente con asma grave, llegando a conseguir una consulta específica ya que necesitan más tiempo de atención y seguimiento y una frecuencia entre visitas mucho mayor.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

### 1. TÍTULO

#### ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

##### 7. OBSERVACIONES.

En el mes previo fue aprobada por la aemp una nueva terapia biológica para pacientes con asma grave fenotipo eosinofílico, benralizumab. Los resultados de los ensayos clínicos en los que se basa dicha aprobación son prometedores y tenemos altas expectativas puestas en este tratamiento sobre todo para pacientes con fenotipo eosinofílico y corticoides dependientes. Por el momento no hemos iniciado esta terapia en ningún paciente pero tenemos firmes candidatos a ello.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/823 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0823

Título  
ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Autores:  
LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología: ASMA GRAVE  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
Los pacientes con asma grave no controlada (AGNC) requieren múltiples fármacos y a altas dosis. Supone un gran consumo de recursos. En España, un paciente con asma supone un coste anual de 1950 €/paciente llegando a 2728 € en asma grave.  
En los últimos escalones de las guías de práctica clínica está aprobado el uso de terapias biológicas en este grupo de pacientes las cuales han demostrado un buen control de síntomas, mejora en la calidad de vida y además son coste-efectivas. Sin embargo, en nuestro hospital, la cifra de pacientes con AGNC se encuentra infraestimada. Hemos detectado en la práctica diaria, una gran incidencia de esta patología. Realizamos una búsqueda de los pacientes con este criterio no llegando a una n clara debido a falta de codificación de la misma. Por otro lado, contamos con el registro de pacientes con terapias biológicas (2 pacientes con mepolizumab y, al menos, 13 con omalizumab) que se encuentra desactualizado. Del mismo modo, estos pacientes llevan un seguimiento errático.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
El objetivo de este proyecto radica en filiar todos los AGNC de nuestro área así como reevaluar aquellos en tratamiento con terapia biológica para optimizar la terapia ya que muchos de ellos llevan varios años en tratamiento con seguimiento errático debido a circunstancias organizativas del servicio.  
Los resultados que esperamos conseguir son: 1) un "cribado" de AGNC y un ajuste terapéutico de dichos pacientes, 2) reevaluación de todos aquellos pacientes en tratamiento con terapia biológica y consideración de su continuidad/discontinuidad, efectividad o no., 3) creación de una consulta específica para pacientes con AGNC como paso previo a derivaciones a unidades de referencia de esta u otras comunidades.

**MÉTODO**  
Para alcanzar los objetivos propuestos, queremos citar a todos aquellos pacientes en tratamiento con terapias biológicas, realizar una reevaluación desde 0 y realizar un correcto ajuste terapéutico. También queremos citar a todos aquellos pacientes con asma en los que sospechamos un asma grave para valorar el inicio o no de terapia biológica.  
Hemos creado un modelo de "Primer día" para estos pacientes y establecido un plan de actuación de su seguimiento en la consulta.

**INDICADORES**  
Queremos filiar (hacer un correcto diagnóstico) a todos los pacientes con asma grave. En cuanto a aquellos con terapia biológica, queremos confirmar la continuación o no de la terapia biológica. Para ello, tendremos en cuenta efectos secundarios, reacciones adversas, nº agudizaciones y/o visitas a urgencias, necesidad de corticoterapia oral.

**DURACIÓN**



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

### 1. TÍTULO

#### ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Inicio: junio-julio 2018  
Fin: marcado por el nº de pacientes a citar.

#### 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 - 2018/0886

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CLARA MARIA VIÑADO MAÑES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LEON SUBIAS ERICA  
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA  
SOLANS GARCIA MERCEDES  
MARTIN ALOS PILAR  
CASTILLO LASIERRA AMPARO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un total de 230 poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias desde el 2 de Mayo hasta la fecha. Disponemos de un polígrafo Alice PDx cedido por la empresa Esteve-Teijin.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los servicios que han solicitado esta prueba fueron: en su gran mayoría, Neumología con un total de 218 pruebas, por parte de Cardiología 11 pruebas y por parte de Medicina Interna 1 prueba.  
En cuanto a la severidad de la patología diagnosticada (síndrome de apnea-hipopnea del sueño), se han diagnosticado 175 severos, 26 moderados y 29 leves.  
Se ha disminuido la lista de espera de aproximadamente 14 meses a 5 meses.  
Todos estos datos se han obtenido de la historia clínica electrónica.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de poligrafías cardiorrespiratorias por parte del personal médico de Neumología ha supuesto un importante descenso en la lista de espera de estas pruebas y ha descendido notablemente el número de consultas para dar su resultado puesto que el mismo día de entrega del aparato, se valora al paciente y se les informa de su patología.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/886 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0886

Título  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Autores:  
VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, SOLANS GARCIA MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### 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 .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

El síndrome de apnea - hipopnea del sueño afecta al 20% de la edad adulta. Se trata de una patología infradiagnosticada, aunque en los últimos años, el mayor conocimiento de patologías asociadas al sueño y las evidencias científicas de su trascendencia sobre la salud, han generado un aumento en la solicitud de estudios para su diagnóstico. Inicialmente estas demandas procedían principalmente de la consulta de Neumología pero actualmente, y cada vez más, surgen de otras especialidades tales como Cardiología, Neurología u Otorrinolaringología.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0886

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOSES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Todo ello nos ha hecho plantearnos de qué modo podemos diagnosticar de forma precoz esta patología e iniciar tratamiento si lo precisa lo antes posible.

Hasta el momento, las poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias en el Hospital de Barbastro eran realizadas por enfermería perteneciente a la empresa Esteve-Teijin, hasta completar un total de 90 estudios al año (lo pactado en el contrato), número que se aleja mucho de la cantidad de peticiones que recibimos en nuestra consulta. El resto, se derivaban al Hospital San Jorge, lo que conllevaba un aumento en la lista de espera de este hospital y la obligación de nuestros pacientes a desplazarse a este hospital, motivo por el cual, muchos rechazaban su realización.

La empresa Esteve-Teijin ha dotado recientemente al servicio de Neumología del Hospital de Barbastro con un polígrafo Alice PDX para que el equipo médico pueda realizar sus propias poligrafías tanto en pacientes ambulantes como hospitalizados.

Nuestro planteamiento es el siguiente: en aquellos ambulantes, el paciente será citado en la consulta de Neumología donde un sanitario le explicará cómo debe ponerse el aparato esa misma noche para un correcto registro en su domicilio; al día siguiente, el paciente deberá devolverlo a la consulta. Se procederá a su lectura, corrección y realización de informe del estudio y seguidamente, se comunicará al paciente el resultado y la decisión de iniciar o no tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias si el sanitario así lo considere.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Disminución de la lista de espera para realización de una poligrafía cardiorrespiratoria domiciliaria.  
Priorización de pacientes pendientes de poligrafía, atendiendo a sus características clínicas y socio-laborales.  
Disminución del número de consultas para obtención de resultados de la poligrafía, ya que el día de la entrega del aparato se comunicará el resultado del registro.

Disminución de la derivación de pacientes a otros hospitales.

#### MÉTODO

Cesión por parte de la empresa Esteve-Teijin de un polígrafo Alice PDX y de los fungibles necesarios para su funcionamiento.  
Instalación del software en los ordenadores de la consulta de Neumología.  
Obtención de un lector de tarjetas de memoria.  
Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera.  
Historia clínica del paciente, enseñanza del manejo del dispositivo para su correcto registro, descarga de datos al día siguiente y emisión de informe.  
Evaluación de resultados.

#### INDICADORES

Registro correcto de datos, válido para la emisión del informe.  
Grado de severidad de la patología.  
Indicación de tratamiento tras resultado de la prueba.  
Especialidad que solicita la prueba.  
Reducción de lista de espera.

#### DURACIÓN

Esta actividad ya ha comenzado con fecha de 2 de Mayo de 2018. No hay fecha prevista de finalización.

#### 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 - 2018/0889

### 1. TÍTULO

#### CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA  
LEON SUBIAS ERICA  
GARCIA SOLANS MERCEDES  
PILAR MARTIN MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnóstico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.

Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019

Recursos empleados: Espirómetro

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)

Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)

De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.

De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría

De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.

Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.

Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/889 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0889

Título  
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:  
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

### 1. TÍTULO

#### CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa.

La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada y por lo tanto infratratada.

El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar.

Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada.

La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC.

Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC.

El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

#### RESULTADOS ESPERADOS

Diagnostico precoz de la EPOC  
Educar al paciente sobre la EPOC.  
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.  
Inicio de tratamiento médico precoz  
Mejor control de la enfermedad.

#### MÉTODO

A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorará el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educará en el uso de inhaladores si los precisa.

#### INDICADORES

Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.  
Grado de severidad de la patología.  
Instauración de tratamiento precoz.  
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

#### DURACIÓN

Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

#### 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 - 2018/0889

### 1. TÍTULO

#### CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA  
LEON SUBIAS ERICA  
GARCIA SOLANS MERCEDES  
MARTIN ALOS PILAR  
COSTA MENEN ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnóstico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.

Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019

Recursos empleados: Espirómetro

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)

Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)

De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.

De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría

De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.

Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.

Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/889 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0889

Título  
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

### 1. TÍTULO

#### CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:  
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa.

La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnóstica y por lo tanto infratratada.

El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar.

Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC.

Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC.

El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

#### RESULTADOS ESPERADOS

Diagnóstico precoz de la EPOC  
Educar al paciente sobre la EPOC.  
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.  
Inicio de tratamiento médico precoz  
Mejor control de la enfermedad.

#### MÉTODO

A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorará el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educará en el uso de inhaladores si los precisa.

#### INDICADORES

Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.  
Grado de severidad de la patología.  
Instauración de tratamiento precoz.  
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

#### DURACIÓN

Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

### 1. TÍTULO

#### CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

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 - 2018/0897

### 1. TÍTULO

#### ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA  
LEON SUBIAS ERICA  
GARCIA SOLANS MERCEDES  
MARTIN MARIA PILAR  
COSTA MENEN ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria  
Calendario marcado: 2018  
Recursos empleados: espirómetro, materiales de gimnasia.  
Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.  
De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.  
El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.  
Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/897 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0897

Título  
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:  
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

### 1. TÍTULO

#### ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento. Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronóstica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad. A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos. La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control. Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

#### MÉTODO

Intervención farmacológica  
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica  
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza  
Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria  
Educación al paciente en el uso de los inhaladores  
Educación al paciente en la importancia de la EPO

#### INDICADORES

Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.  
Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.  
Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.  
Mortalidad.

#### DURACIÓN

Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

#### 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 - 2018/0897

### 1. TÍTULO

#### ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA  
LEON SUBIAS ERICA  
GARCIA SOLANS MERCEDES  
MARTIN ALOS PILAR  
CASTILLO LASIERRA AMPARO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria

Calendario marcado: 2018

Recursos empleados: espirometrías, materiales de gimnasia.

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.

De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.

El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.

Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/897 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0897

Título  
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:  
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica ..: EPOC  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

### 1. TÍTULO

#### ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento.

Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronóstica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad.

A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos.

La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control.

Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

##### RESULTADOS ESPERADOS

-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

##### MÉTODO

Intervención farmacológica

Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica

Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza

Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria

Educación al paciente en el uso de los inhaladores

Educación al paciente en la importancia de la EPO

##### INDICADORES

Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.

Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.

Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.

Mortalidad.

##### DURACIÓN

Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

##### 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 - 2018/0048

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MORA PUEYO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO  
MILLAN GARCIA JOSE RAMON  
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA  
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Valoración de test neuropsicológicos  
Entrenamiento y disponibilidad de enfermería  
Solicitud de recursos técnicos para la realización de los mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Selección de test  
Enfermería formada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Mejoría asistencia al paciente con mayor facilidad y seguimiento de problemas cognitivos para el facultativo

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/48 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0048

Título  
EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Autores:  
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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  
• La evaluación neuropsicológica es necesaria en muchos de los pacientes atendidos por neurología. En el momento actual se remiten al H. San Jorge de Huesca, pero restringiendo en parte su uso para no sobrecargar dicho servicio. La posibilidad de realizar en nuestro centro evaluación neuropsicológica asistida informática permitirá aumentar el número de pacientes valorados y evitará el desplazamiento del paciente

RESULTADOS ESPERADOS  
1. Ampliar el número de estudios neuropsicológicos, mejorando considerablemente la calidad de la visita neurológica al poder diagnosticar con mayor precisión.  
2. Evitar el desplazamiento de pacientes a Huesca para realizar dichos test.  
3. Evitar la sobrecarga de la unidad de neuropsicología de Huesca.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0048

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

##### MÉTODO

- iPad con APP NuCog (Test neuropsicológico validado) (aproximadamente 45-60 min).
- DUE entrenado/a para pasar dicho test.
- Despacho / consulta para pasar dicho test (no hace falta camilla ni instrumental).
- Colaboración con informática para vincular los documentos PDF generados por el programa a la historia clínica del paciente

##### INDICADORES

- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores.

##### DURACIÓN

- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores

##### OBSERVACIONES

no

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 - 2018/0377

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ARGUEDAS CAROLINA  
BELTRAN MARIN IRENE  
RUIZ MONTES FRANCISCO  
EITO CUELLO JUAN JOSE  
PEYRET FERRER INMACULADA  
GRACIA NADAL GLORIA  
ROLDAN MORENO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de protocolo por parte de neurologia y revisión por resto de equipo  
Reunión 4 de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión del 50% de boceto, pendientes nueva reunión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Manejo interdisciplinar del ictus

7. OBSERVACIONES.

Pendientes de nuevas reuniones para aprobar protocolo

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/377 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0377

Título

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Autores:

CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, PEYRET FERRER INMACULADA, GRACIA NADAL GLORIA, ROLDAN MORENO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El ictus es una patología frecuente con una incidencia de ictus en torno a 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El manejo intensivo de estos pacientes en áreas de ictus durante la fase aguda ha demostrado mejorar las tasas de supervivencia y la recuperación funcional en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

-El objetivo principal es realizar un protocolo actualizado de manejo de pacientes con ictus en fase aguda durante su estancia en el área de ictus.  
- Población diana: pacientes con ictus agudo  
- Participación de neurología, medicina interna, urgencias y enfermería

MÉTODO

- Reuniones periódicas al menos semestrales

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0377

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

- Trabajo basado en publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados en otros centros de nuestra comunidad

#### INDICADORES

- Realización de protocolo consensuado de manejo del paciente en área de ictus

#### DURACIÓN

- Fecha de inicio de redacción: Septiembre de 2018  
- Fecha de finalización: Septiembre 2019

#### OBSERVACIONES

En un proyecto posterior se realizará la implementación del protocolo.

#### 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 - 2018/0378

### 1. TÍTULO

#### CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H BARBASTRO
- Localidad ..... BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ARGUEDAS CAROLINA  
BELTRAN MARIN IRENE  
RUIZ MONTES FRANCISCO  
EITO CUELLO JUAN JOSE  
CANELLAS SANCHEZ PILAR  
MILLAN GARCIA JOSE RAMON  
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de sesión interdisciplinar 27 de Septiembre  
Realización de Borrador de protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso con personal de guardia de medicina interna para protocolo de ictus intrahospitalario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Manejo código ictus dentro del hospital

7. OBSERVACIONES.

Pendientes de nuevas reuniones para aprobación definitiva

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/378 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0378

Título  
CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, CANELLAS SANCHEZ PILAR, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

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

PROBLEMA  
La incidencia del ictus se estima en 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El tratamiento fibrinolítico y la trombectomía han demostrado mejorar las tasas de supervivencia. En aquellos pacientes ingresados que puedan presentar un ictus agudo es fundamental protocolizar una vía para su manejo de manera que se beneficien de estos tratamientos

RESULTADOS ESPERADOS

- Realización de protocolo para establecer la vía de manejo del código ictus intrahospitalario.
- Población diana: ictus agudo intrahospitalario
- Neurología, urgencias y medicina interna.

MÉTODO

- Reuniones periódicas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0378

### 1. TÍTULO

#### **CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO**

- Protocolo código ictus Aragón y bibliografía reciente
- uso deTeleictus

#### INDICADORES

- Realización de protocolo consensuado

#### DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2018

Finalización: Septiembre 2019

#### OBSERVACIONES

Posteriormente se realizará proyecto de implementación del protocolo

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 - 2018/0430

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA GARCIA ARGUEDAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO  
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER  
MILLAN GARCIA JOSE RAMON  
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de base de datos de las interconsultas al servicio de neurología de Barbastro  
Cumplimentación de base de datos con actualización periódicas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Registro de 2018 cumplimentado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

cuantificación de interconsultas y sus características

7. OBSERVACIONES.

Pendiente análisis estadístico 2018

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/430 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0430

Título  
REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:  
BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoración en le día e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registrarlas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoración supone para la evolucion del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelanteras consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS  
Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos inecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

MÉTODO  
los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servicio en un excel de forma retro y prospeptiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430**

**1. TÍTULO**

**REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS**

poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

**INDICADORES**

Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y nº de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

**DURACIÓN**

La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurologia

**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 - 2018/0430

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CAROLINA GARCIA ARGUEDAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO  
MILLAN GARCIA JOSE RAMON  
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER  
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una base de datos en formato excel con la recogida de pacientes recibidos a través del formato de interconsulta. Se han recogido todos los datos en un período de año y medio aproximadamente (desde Enero de 2018 hasta marzo de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han recogido 310 interconsultas divididas en función de su origen, de las cuales un 70% son del servicio de urgencias, 25% del servicio de medicina interna y un 5% de otros servicios.

El 99% se han resuelto el mismo día de la solicitud: decidiendo si alta, consulta o ingreso en Neurología u Interna.

Los motivos de solicitud más frecuentes han sido valoraciones de pacientes con sospecha de patología de debut, o modificaciones de tratamientos prescritos por nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la gran demanda que existe por la alta prevalencia tanto de patología neurológica como de otras patologías cuyos síntomas guías son neurológicos, resulta imprescindible la rápida atención y valoración de estas consultas para aplicar terapias o pruebas complementarias.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/430 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0430

Título  
REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:  
BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoración en le día e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registrarlas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoración supone para la evolucion del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelanteras consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos inecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

#### MÉTODO

los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servicio en un excel de forma retro y prospeptiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

#### INDICADORES

Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y nº de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

#### DURACIÓN

La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurologia

#### 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 - 2018/0107

### 1. TÍTULO

#### CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA DEFIOR SANTAMARIA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

MONFORT BUIL MARIA CARMEN  
MATUTE REDRADO MARIA JOSE  
HUERVA PLANA MARIA ASUNCION  
LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION  
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER  
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA  
FENES GRASA MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril se realizó una reunión multidisciplinar de los componentes del equipo de mejora para elaborar la hoja del plan de cuidados del parto vaginal, siguiendo las pautas de la vía clínica del parto vaginal.  
Una vez elaborada y consensuada se presentó a la Subcomisión de Protocolos de Enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas para su aprobación.

Tras la aprobación se reunió a todo el equipo de enfermería de la unidad para presentar el plan, explicarlo, conocer las novedades y su puesta en marcha.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la revisión semanal de las historias clínicas de las pacientes con parto vaginal se observó que:  
- El plan de cuidados del parto está incluido en el 100% de las historias de las pacientes con parto vaginal.  
-Que la cumplimentación correcta de los ítems se ha logrado en el 90% de las pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal de nueva incorporación manifiesta que la herramienta le resulta útil y le facilita el trabajo, entendiendo mejor los cuidados necesarios en este tipo de pacientes.  
Al personal habitual del servicio le resulta útil, clara, y rápida; mejorando y facilitando la calidad de los cuidados y su registro.  
Nos planteamos como objetivo lograr el 100% de la correcta cumplimentación de los ítems.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/107 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0107

Título  
CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNOINFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTFORT BUIL MARIA DEL CARMEN, MATUTE REDRADO MARIA JOSE, HUERVA PLANA MARIA ASUNCION, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA, FENES GRASA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
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 - 2018/0107

### 1. TÍTULO

#### CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

##### PROBLEMA

Este servicio dispone desde hace unos años de vías clínicas tanto del parto normal como de Cesárea consensuados entre todo el equipo multidisciplinar que se dedica a la atención de estas pacientes, también fue instaurado con éxito el plan de cuidados de enfermería en las cesáreas, quedando pendiente de realizar el del "parto normal", al que denominaremos a partir de ahora parto vaginal tanto en vía clínica como en el plan de cuidados, por ser más correcto para el uso actual, ya que incluye partos no instrumentados e instrumentados, tipo Kiwi, fórceps, ventosas... Hemos creído necesaria la realización del plan de cuidados del parto vaginal ya que facilita el trabajo del personal de la unidad, tanto del fijo como el de nueva incorporación, y estandariza los cuidados a realizar de forma consensuada entre todo el equipo multidisciplinar. Supone una herramienta de trabajo muy útil, clara y beneficiosa tanto para pacientes como para el personal implicado.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Crear el grupo de trabajo.
- Consensuar y aprobar el grupo de trabajo.
- Formación entre los trabajadores de la planta.
- Puesta en marcha del plan de cuidados en el servicio de maternoinfantil en el 100% de los partos vaginales
- Proporcionar cuidados adecuados, estandarizados y de calidad
- Servir de guía al personal de nueva incorporación

##### MÉTODO

- Propuesta de modificación de la vía clínica del parto normal, denominandola parto vaginal.
- Realización del plan de cuidados basándonos en la vía clínica del parto normal y en los diagnósticos según taxonomía NANDA
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio en sesión clínica.
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Puesta en marcha del plan de cuidados. Implementación progresiva.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles)
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.
- Presentación de resultados.

##### INDICADORES

- Plan de cuidados realizado (SI/NO).
- Revisión semanal de la cumplimentación correcta del plan de cuidados de todas las puérperas de parto vaginal (% de registros cumplimentados correctamente). Fuente: La hoja realizada al respecto que se incluirá en la historia clínica. Objetivo: >75%.
- La hoja estará incluida en el 100% de las pacientes de parto vaginal, identificada con etiqueta de paciente y número de historia clínica.
- Habrá un periodo transitorio de adaptación de 6 meses en que se considerará aceptable la cumplimentación de un 75% de los items. A partir de esos 6 meses se considerarán aceptables las que cumplimenten el 100% de los items que incluye el plan.

##### DURACIÓN

- Realización del plan de cuidados: duración: 2 semanas (Abril) Responsables: Los miembros del proyecto
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio: duración: 1 día . Responsables: miembros del proyecto.
- Puesta en marcha del plan de cuidados: duración: 9 meses.( Abril-Diciembre)) Responsables: todo el personal de enfermería del servicio de maternoinfantil.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles). Duración: 6 meses, Responsables: miembros del proyecto.
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones. Duración: 1 día . Responsables: los miembros del proyecto y todo el equipo de enfermería de la unidad de materno-infantil.
- Nuevas acciones de mejora.

La duración total será de 9 meses y medio tras los cuales se valorará instauración definitiva tal cual se realizó o con las modificaciones aprobadas en la reunión . La fecha de inicio: el 15 de marzo y la fecha de fin el 31 de diciembre de 2018 .



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107**

**1. TÍTULO**

**CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

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 - 2018/0333

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BERDALA CLEMENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

FENES GRASA MERCEDES  
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION  
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA  
GARCIA LASHERAS ANA JULIA  
GUARDIA DODORICO LORENA  
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA  
CASTELLÀ SEGARRA MARTA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción. Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción. Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamente para poder usarla en el proyecto y mejorarla. Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel. Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año. Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción. Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 hubo 605 partos, de los cuales 180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción. La vía del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve aumento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo. La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sospecha de macrosomía (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que debería ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla sería la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorraxis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma. Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:  
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)  
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad  
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

#### 7. OBSERVACIONES.

La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.

La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el aumento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un aumento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un aumento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/333 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0333

Título  
PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:  
BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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  
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32 años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstétrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Pérdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir la tasa de inducciones  
Estudiar los motivos de inducción.  
Estabilizar la tasa de cesáreas.  
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.  
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.  
Disminuir la variabilidad clínica

#### MÉTODO

Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos  
Revisión de todas las inducciones del 2018 .  
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.  
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica  
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.  
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

#### INDICADORES

% de inducciones en 2018.  
% de inducciones evitables.  
% de cesáreas en partos inducidos.  
% de cesáreas en el Servicio.  
Edad materna de los partos inducidos  
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.  
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

#### DURACIÓN

3 años  
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo  
Diseñar hoja para recogida de variables.  
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.  
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

#### OBSERVACIONES

Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

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 - 2018/0333

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL BERDALA CLEMENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

GARCIA LASHERAS ANA JULIA  
GUARDIA DODORICO LORENA  
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA  
CASTELLA SEGARRA MARTA  
FENES GRASA MERCEDES  
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION  
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción. Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción. Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamente para poder usarla en el proyecto y mejorarla. Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel. Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año. Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción. Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 hubo 605 partos, de los cuales 180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción. La vía del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve aumento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo. La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sospecha de macrosomía (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que debería ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla sería la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorraxis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma. Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:  
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)  
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad  
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

#### 7. OBSERVACIONES.

La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.

La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el aumento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un aumento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un aumento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/333 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0333

Título  
PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:  
BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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  
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32 años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstétrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Pérdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir la tasa de inducciones  
Estudiar los motivos de inducción.  
Estabilizar la tasa de cesáreas.  
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.  
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.  
Disminuir la variabilidad clínica

#### MÉTODO

Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos  
Revisión de todas las inducciones del 2018 .  
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.  
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica  
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.  
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

#### INDICADORES

% de inducciones en 2018.  
% de inducciones evitables.  
% de cesáreas en partos inducidos.  
% de cesáreas en el Servicio.  
Edad materna de los partos inducidos  
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.  
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

#### DURACIÓN

3 años  
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo  
Diseñar hoja para recogida de variables.  
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.  
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

#### OBSERVACIONES

Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

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 - 2018/0370

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES ARAGON SANZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLANES GALLINAT PATRICIA  
ONCINS TORRES ROSA  
JUAREZ CASTELLO PILAR  
ALONSO BERGES RAQUEL  
SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA  
ARAN GIMENEZ PILAR  
MARTIN HERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de equipo de trabajo con anatomo patóloga, ginecóloga, matronas y enfermeras de los Centros de Salud de Mequinzena, Ainsa y Castejon de Sos

Recogida de variables por Anatomía Patológica.

Presentación del Proyecto en el Servicio de Ginecología.

Presentación del Proyecto en dos Zonas Básicas de salud. Sesión conjunta con el equipo de Atención Primaria en el Centro de Salud de Castejón de Sos el día 4-06-2018 y en el Centro de Salud de Ainsa el día 4-06-2018 y en Centro Salud de Mequinzena. Se informó de la situación del cribado en el Sector, epidemiología del VPH y Prevención del cáncer de cuello de útero.

Se ofertaron autotomas para que las pacientes que viven en localidades pequeñas no tuvieran que desplazarse a la consulta de la matrona para realizarse el cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS 2018

En 2018, se ha mantenido una cobertura de Sector del 74,9%, similar al 2017 que fue de 74,6%.

En las Zonas Básicas de Salud en las que se realizaron las acciones de mejora se ha tenido una cobertura del 72,26% en Mequinzena ; 73% en Graus; 75,8% en Castejón de Sos y 81,76% en Ainsa . El incremento ha leve respecto al año anterior

Numero de pruebas de cribado realizadas entre citologías y test VPH 4.493 (1.850 citologías y 3.666) el 82% realizados en A Primaria

Numero de atipias: ASC-US un 25,14%, LSIL 9,5%; HSIL 1,6%

Sensibilidad de la citología 86,21%. 4 casos falsos positivos.

Numero CIN2+ 45 y en 2018 2 carcinoma invasor.

La Edad media de las mujeres conizadas ha sido de 40,8 años. 12 casos diagnosticados por HPV persistente con citología benigna. Casos con genotipo 16 48,9%.

Autotoma: en 2018.

A) Estudio de autotoma de 2018:

a. Recogidos 34 casos, todos negativos, ningún caso ha sido CIN2 ó más.

b. Proceden: 27 CAP de Fraga, remitidos por la enfermera de Fayon; 3 de Cta Gine Fraga, 1 cta Gine hospital, 1 CAP Graus, 1 CAP Barbastro, 1 A Patológica.

B) Total de autotomas desde 2015 (incluido): 51 mas las 34 de 2018 suman unas 85

a. 2015: 15 casos, 1 pos otros con cito HSIL (conocido previamente). Proceden 10 de CAP Fraga, 6 de Gine.

b. 2016: 19 casos, 5 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga (1 positivo) y 4 de Ginecología (4 positivos).

c. 2017: 17 casos, 0 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga, 2 CAP Barbastro, 1 Gine hospital, 1 Gine Monzón, 1 CAP Albalate.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

El cribado de cáncer de cuello de útero en el Sector Barbastro, es un una actividad preventiva, en la que se ha trabajado coordinadamente Atención Especializada y Atención Primaria desde 2006, se ha duplicado la cobertura pasando de un 37,6% a un 74,9%.

En 2018, tercer año de cribado solo con VPH y utilizando como prueba de triaje la citología y genotipado del VPH 16/18, se han diagnosticado 42 lesiones CIN2+, 8 menos que en 2017 con una cobertura similar.

Desde el inicio del cribado con VPH en 2011, el número de diagnósticos de lesiones CIN2+, se incrementaba anualmente acorde al incremento de cobertura. En 2018 es el primer año que baja la detección de lesiones, esto puede deberse a que estamos en el tercer año de la segunda ronda de cribado con VPH. Llevamos 8 años cribando con test VPH.

De las 83 autotomas distribuidas prácticamente todas han sido en Fraga, lugar donde trabajan las coordinadoras del equipo. No se pueden inferir resultados dado la escasez de la muestra.

La autotoma en nuestro medio no ha sido bien aceptada en algunas de las zonas alejadas del hospital a las que propusimos el proyecto.

Solo se ha facilitado una autotoma en Graus, desconocemos si es por reticencia de las pacientes o por falta



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

de oferta e implicación de los profesionales.

Sin embargo en Payon ( Centro Salud de Mequinenza), la enfermera responsable del Proyecto, revisó todas las mujeres que no tenían cribado y se remitieron 27 autotomas, además de informar a las mujeres de la necesidad de acudir a la consulta de la matrona a esta actividad preventiva, esto ha permitido pasar en esta localidad de una cobertura del 75% a un 87%, al ser una localidad pequeña, el incremento de cobertura total reflejado en la Zona básica de Salud, ha sido mínimo, pero nos parece interesante y es el objetivo de nuestro trabajo que las mujeres de zonas rurales tengan fácil el acceso al cribado de cáncer de cuello y es la implicación de enfermería la que nos puede ayudar a conseguir este objetivo.

#### RECOMENDACIONES

Disponemos de dos armas importantes para frenar el cáncer de cuello de útero, la vacunación con amplia cobertura y el cribado poblacional bien instaurado.

La mejora en el cribado de cáncer de cuello en el Sector Barbastro es el resultado del trabajo en equipo y coordinación con Atención Primaria, que es la que realiza el 80% de las pruebas. El cribado realizado por matronas de Atención Primaria es más eficiente, equitativo y barato que el cribado oportunista realizado por ginecólogos. Es necesario revisar y monitorizar los resultados para proponer mejoras.

Hay que seguir informando y formando a los profesionales implicados en el cribado y en especial a las matronas de Atención Primaria que son las responsables de atender y captar al mayor número de población.

Hay que conseguir la implicación de los profesionales de enfermería para potenciar el cribado y en lugares alejados del hospital facilitarlos mediante la autotoma para favorecer la equidad y evitar desplazamientos innecesarios.

En el año 2019, dado que la Zona Básica de Salud con menor cobertura en el sector es BInefar, seguiremos con el Proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/370 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0370

Título  
IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE HPV PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Autores:  
ARAGON SANZ MARIA ANGELES, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ONCINS TORRES ROSA, JUAREZ CASTELLO PILAR, ALONSO BERGES RAQUEL, SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA, ARAN GIMENEZ PILAR, MARTIN HERRERO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

A nivel mundial el Cáncer de cuello uterino es un de las neoplasias más frecuentes y letales. En España en 2012 se estimaron 2.511 nuevos casos y 848 muertes. Es el quinto tumor más prevalente en mujeres. La incidencia del CCU en Europa es variable y está relacionada con la implantación de programas de cribado. Rumania tiene la tasa más alta 23,9/100.000 y Finlandia con 4,1/100.000 de las más bajas.

En España la incidencia de CCU se encuentra por debajo de la media de la UE, con cifras similares al Reino Unido y Suecia. En 2012 la tasa fue de 7,8/100.000 y la distribución es diferente según autonomías, siendo la más alta Mallorca con 12/100.000. Se observa un pico de incidencia entorno a los 50 años y un incremento de la mortalidad en función de la edad.

Aragón es de las Comunidades que presentan menor incidencia 5,5/100.000.

Barbastro tiene una tasa de CCU Invasor en los 7 últimos años de 6,5/100.000.

La OMS afirma que la vacunación con alta cobertura y un cribado poblacional con cobertura mayor del 70%, es

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

la estrategia más eficiente para la prevención del CCU.

La infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye un factor necesario para el desarrollo del CCU. La prevalencia de la infección por el VPH es variable según la edad de las mujeres siendo de un 35% en las menores de 35 años y de un 10% en las mayores de 30. En el Sector Barbastro tenemos una prevalencia del 9% en mayores de 30 años.

Está demostrado que el cribado oportunista es ineficiente y no disminuye la mortalidad por CCU. La OMS y Sociedades científicas europeas y la SEGO recomiendan establecer Programas de cribado poblacionales como única forma de disminuir el CCU.

En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Se han desarrollado Proyectos de Mejora de Calidad, formado grupos de trabajo, actualizado y unificado Protocolos y se realiza cribado con el test DNA del VPV en ambos niveles Asistenciales, para ofrecer las mismas oportunidades a todas las mujeres, independientemente del lugar donde residan.

Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA del VPH en Atención Primaria.

Durante estos 12 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. Los especialistas en el Sector Barbastro, no hacemos cribado y eso ha permitido que hayamos podido asumir la carga de trabajo originada por el aumento de lesiones derivadas del cribado, incluso en situaciones de falta de personal como es habitual en este Sector.

En 2016 llegamos a una cobertura poblacional del 73,9% en cifras recomendadas por la OMS.

Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos.

Se ha publicado que el test de cribado más eficaz y seguro es la determinación del VPH y existe evidencia de que la autotoma, es tan eficaz para la detección del VPH de alto riesgo como la toma realizada por los profesionales.

En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP.

En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres, en especial en zonas alejadas de los centros de salud y del hospital y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de las mujeres rurales al cribado y potenciar la captación y cobertura poblacional.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la cobertura en zonas rurales.

Implicación de enfermería en la captación de la población diana.

Evitar desplazamientos a las mujeres de zonas alejadas del Centro de Salud.

Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.

Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

#### MÉTODO

Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería.

Información sobre cribado y el método de autotoma en los Centros de Salud.

Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.

Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.

Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.

Control de calidad por Anatomía Patológica.

#### INDICADORES

Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo

Número de test de autotomas realizados

% de tests positivos en las autotomas

Número de CIN 3 diagnosticados.

Numero de Ca invasores diagnosticados.

#### DURACIÓN

Mayo 2018 Formación grupo de trabajo.

Sesiones en Centros de salud ( Mequinenza, Ainsa, Lafortunada, Castejon de Sos )

Charlas formativas a las mujeres en las mismas localidades.

En Noviembre evaluación del Proyecto.

#### OBSERVACIONES

A pesar de las mejoras en el cribado realizado en el Sector Barbastro, seguimos diagnosticando un 8% de canceres invasores. También observamos que en estos tumores, un 38,4% los vemos en mujeres extranjeras y no cribadas.

Consideramos necesario seguir facilitando métodos seguros y accesibles de cribado a todas las mujeres del Sector, pero en especial a las mas alejadas del hospital.

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370**

**1. TÍTULO**

**IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES**

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 - 2018/0331

### 1. TÍTULO

#### TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE ..... JESUS FLORIAN GERICO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ GARCIA ALBA  
CALDERERO ARAGON VERONICA  
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ  
LORIENTE MARTINEZ CLARA  
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA  
BENITO RUIZ BEATRIZ  
ANDRES ALIERTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REALIZACION DE GUIA DE ACTUACIÓN. REGISTRO DE PACIENTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REALIZACIÓN, DIVULGACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE GUIA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTE ONCOLOGICO CON TUMOR SOLIDO Y FIEBRE NEUTROPENICA DE BUEN PRONÓSTICO.  
REALIZACIÓN DE BUSQUEDA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS CON DICHAS CARACTERISTICAS EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos divulgado de manera adecuada nuestra propuesta de mejora de calidad.  
El análisis de los datos obtenidos ha sido insuficiente para obtener conclusiones válidas. Por ello solicitamos la continuidad del proyecto en el periodo enero-diciembre 2019.

7. OBSERVACIONES.

Solicitamos continuidad del proyecto de calidad de mejora.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/331 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0331

Título  
TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Autores:  
FLORIAN GERICO JESUS, HERNANDEZ GARCIA ALBA, CALDERERO ARAGON VERONICA, TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ, LORIENTE MARTINEZ CLARA, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, BENITO RUIZ BEATRIZ, ANDRES ALIERTA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
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  
Evitar el ingreso de pacientes de buen pronóstico, que no se benefician del mismo

RESULTADOS ESPERADOS  
Disminuir el numero de ingresos

MÉTODO  
Elaboración de una guía de actuación  
Presentación del la guía de actuación

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0331**

**1. TÍTULO**

**TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS**

INDICADORES

Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en Urgencias

DURACIÓN

Inicio en el mes de Junio y sin fecha de finalización  
A finales de 2018 se hará una evaluación de los datos recogidos

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 - 2018/0383

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALBA HERNANDEZ GARCIA  
 · Profesión ..... MEDICO/A  
 · Centro ..... H BARBASTRO  
 · Localidad ..... BARBASTRO  
 · Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
 · Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FLORIAN JERICO JESUS  
 CALDERERO ARAGON VERONICA  
 NASARRE GER ANA  
 BUETAS AURE REYES  
 VAL BALLARIN ESTHER  
 URFANEL SANCHON MARIA JOSE  
 PEREZ AMAYA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La calidad del cuidado del paciente oncológico es un aspecto primordial en la atención médica actual. En los últimos años la actividad del Hospital de Barbastro en el Servicio de Oncología Médica se ha incrementado, lo que ha dado lugar a la incorporación de un tercer oncólogo. Actualmente el equipo de oncología medica esta formado:

- Tres oncólogos médicos
- Una enfermera de consulta de Oncología médica
- Hospital de día: 3 enfermas y 1 auxiliar de enfermería.

Ante esta labor creciente, así como la incorporación de un nuevo miembro al equipo médico, hizo plantearse la necesidad de la creación de un proyecto con el fin de mejorar la asistencia integral al paciente oncológico, de manera que se ajusto la actividad diaria para que cada oncólogo médico realizase una actividad específica, con el fin de aumentar la eficacia, disminuyendo la mala praxis que podrían suponer las salidas continuas de la consulta e interrupciones continuas.

Se evaluo la actividad y se repartio la patología oncológica con el fin de plantear las necesidades asistenciales:

1. Oncologo 1: cáncer de mama y cerebrales
2. Oncologo 2: tumores digestivos (colorrectal, páncreas, esófago-gástricos, vía biliar), tumores neuroendocrinos y tumores urológicos.
3. Oncologo 3: cáncer de pulmón, cáncer ginecológico, cáncer de cabeza y cuello, melanoma y sarcomas.

De manera que se establece, teniendo en cuenta una reevaluación continua que cada oncólogo tuviese:

- Dos días de Hospital de día para tratamientos oncológicos
- Dos días de planta, para asistencia de pacientes hospitalizados, hojas de consulta y atención a urgencias.
- Tres días para revisiones, primeros días, así como cómites de tumores.

DOCTORES	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes
Oncologo 1	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)		Consulta (rev y 1ª)			
H.DIA	Planta				
Consulta (rev y 1ª)					
Oncologo 2	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)		Planta			
Consulta (rev y 1ª)	H.DIA				
Oncologo 3	Consulta (rev y 1ª)				
Consulta (rev y 1ª)	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)	Consulta (rev y 1ª)		H.DIA		

De esta manera, también se estableció un atención eficaz que mejoraba de forma directa la actividad asistencial de enfermería de Hospital de día así como del Servicio de Farmacia, estableciendo una agenda en que los pacientes son citados por horario para su tratamiento con el fin de evitar colapso, retrasos o esperas de los pacientes.

Ante el cambio de la estructura del servicio médico de Oncología Médica, se establece también una línea de cambio en la asistencia sanitaria de la consulta de enfermería de Oncología Médica, cuya actividad se establece:

- Soporte de apoyo a consulta de Oncología que lleva Hospital de día.
- Consulta de toxicidades en colaboración con oncologo médico que corresponda para pacientes en tratamiento

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

activo.

- Valoración de primeros días, junto con oncólogo medico para dar una valoración integral al paciente y establecer un seguimiento personalizado según los requerimientos del paciente (nutricionales, sociales, físicos, psicológicos).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado aunque se ha medido de forma "subjetiva", se ha podido ver de forma indirecta objetiva una adecuación de la organización, con la incorporación del tercer oncólogo medico, de manera que el reparto y organización de la labor asistencial ha repercutido de forma positiva en los pacientes su atención y calidad asistencial; influyendo también de forma positiva en todo el personal del servicio.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La organización asistencial es clave en la praxis clínica medica, de manera que una buena adecuación de los sistemas y recursos, es una de las formas más positivas de mejorar la labor asistencial, en la praxis clínica; habiendo experimentado un efecto positivo no solo en los pacientes, sino también en el personal involucrado en la atención.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/383 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0383

Título  
IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Autores:  
HERNANDEZ GARCIA ALBA, FLORIAN GERICO JESUS, CALDERERO ARAGON VERONICA, NASARRE GER ANA, BUETAS AURE REYES, VAL BALLARIN ESTHER, URFANEL SANCHON MARIA JOSE, PEREZ AMAYA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La finalidad del proyecto es la organización y mejora de la consulta de oncología medica de cara al proceso asistencial del paciente oncológico, con el fin de mejorar la asistencia y que repercuta de forma positiva en la asistencia, la eficiencia del los recursos.  
En base a un aumento creciente de la patología oncológica, los nuevos tratamientos así como la complejidad de los procesos diagnósticos-terapéuticos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Mejora del proceso asistencial del paciente oncológico y su proceso.

#### MÉTODO

-Diagrama del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.  
-Organización de consulta en función de tratamiento, revisiones y hospitalización  
-Consulta de toxicidades en conjunto enfermera-medico, con el fin de disminuir la asistencia al servicio de urgencias.  
-Reuniones del equipo de forma periódica (mínimo 2 veces al mes)  
-Formación continuada en toxicidades, de acuerdo a los nuevos tratamientos que van apareciendo.

#### INDICADORES

-La evaluación será continuada revisando y mejorando el diagrama de flujo del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.  
-Desde la consulta de oncología de toxicidad se evaluará cuanto se disminuye la frecuentación a servicio de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

urgencias.

-Para todo ello se dispone de una base de datos que recogerá los diferentes procesos del paciente oncológico.

DURACIÓN

-La duración es indefinida, y se evaluará de forma trimestral, para establecer puntos de mejora del proceso

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 - 2018/0365

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROQUE TAVERAS LUCRECIA  
CORTIZO VAZQUEZ ELOY  
TERRE FALCON RAMON

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A través de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias derivados del centro de Salud o que han acudido por voluntad propia, se les ha realizado un protocolo de actuación ante la sospecha de sordera súbita. Llegaron 6 pacientes a nuestro Servicio, se les realizaba una anamnesis completa, otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría tonal con vía ósea y aérea para su diagnóstico. Los pacientes diagnosticados de Sordera brusca fueron aquellos que refirieron una hipoacusia neurosensorial brusca (en menos de 72 horas) con pérdida de más de 30 db en 3 frecuencias consecutivas en la audiometría tonal. Cuando no hubo una audiometría basal, se utilizó el oído sano como referencia. La exploración por otoscopia de estos pacientes fue normal con un Weber lateralizado al oído sano y un Rinne + en el oído enfermo. El timpanograma era normal. Una vez realizado el diagnóstico correcto de esta patología se pedía una batería de pruebas que incluyeron: Resonancia Magnética de Conductos auditivos internos y Analítica de sangre (hemograma, Velocidad de Sedimentación Glomerular, Anticuerpos antiNucleares y serología luética). En todos los pacientes, las diferentes pruebas resultaron normales. Se comenzó de manera inmediata al diagnóstico el tratamiento pertinente que consistió, de inició en todos los casos, en prednisona 1mg/kg/día oral durante 14 días con dosis decreciente con omeprazol 20mg 1/24h en ayunas 14 días. Los pacientes se revisaron a los 14 días con una nueva audiometría tonal. De los 6 pacientes, 2 tuvieron una mejoría casi completa con el tratamiento pautado. Los 4 pacientes restantes que mejoraron poco o nada fueron sometidos a inyecciones de corticoides intratimpánicas semanalmente hasta 3 ocasiones. De los 4, sólo 2 pacientes mejoraron con las inyecciones. Se realizó entonces también una audiometría a los 30 y 90 días posttratamiento cumpliendo los plazos y dando prioridad a estos pacientes en las citaciones. Los pacientes con más pérdida tras completar el tratamiento se les recomendó adaptación audiotrófica.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 6 pacientes, 2 recuperaron completamente, 2 mejoraron parcialmente y 2 no recuperaron. Los criterios de mejoría son los siguientes: recuperación completa si está similar a la basal +/- 20dB, recuperación parcial con recuperación entre 20-30dB y sin mejoría menos de 10dB de ganancia. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras series de datos similares.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo que hemos seguido durante el estudio iguala los resultados de otros estudios similares por lo que es el camino a seguir en el futuro.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/365 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0365

Título  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Autores:  
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, TERRE FALCON RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0365

### 1. TÍTULO

#### DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La sordera súbita es una hipoacusia neurosensorial con un inicio brusco en menos de 72 horas. Su etiología es desconocida habiendo varias teorías: viral, vascular autoinmune. Se puede dar en gente joven. Siempre ha existido mucha controversia sobre los medios a aplicar en esta patología. Se ha visto que cuanto antes se instaure el tratamiento, mejor es el pronóstico de esta enfermedad. El tratamiento consistirá en corticoides sistémicos, preferiblemente por vía oral y corticoides intratimpánicos de rescate.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo diagnóstico y de tratamiento en la sordera súbita

#### MÉTODO

Realización de charlas con el personal de servicio de Urgencias y Centros de Salud para la detección precoz de esta patología y su derivación al Servicio de ORL ante sus sospecha. Esto facilitará la instauración del tratamiento cuanto antes. Se dará prioridad a estos pacientes de cara a las citaciones y realización de audiometrías.

#### INDICADORES

Para su valoración se realizará otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría. Se hará un estudio de cada paciente en el momento del diagnóstico una analítica de sangre con marcadores de enfermedades autoinmune (ANAs, ANCA), RMN CAIS para descartar patología tumoral, y la realización de varias audiometrías postratamiento de control en los días 15, 30, 90.

#### DURACIÓN

Este estudio se realizará desde Mayo 2018 a Mayo 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 - 2018/0622

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUCRECIA ROQUE TAVERAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN  
CORTIZO VAZQUEZ ELOY  
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER  
MILLAN GARCIA JOSE RAMON  
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO  
BONAGA SERRANO BEATRIZ  
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de reunión de coordinación interservicio.  
Búsqueda de referencias bibliográficas.  
Elaboración de formularios y algoritmos de derivación y manejo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Generación de formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.  
Realización de un algoritmo de actuación en pacientes con disfonía.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la realización de estos formularios y su aplicación se espera Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación, siendo esto apenas un inicio en la mejora de los servicios en materia de patología de la voz.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/622 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0622

Título  
PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Autores:  
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, BONAGA SERRANO BEATRIZ, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Órgano fonatorio  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Una voz que funciona bien es una herramienta esencial para un tercio de la fuerza de trabajo (1,2). Los problemas de voz entre los usuarios de voz profesional tienen un gran impacto negativo, comparado con la población general, ya que afectan en su capacidad de trabajar, en su sentido general de bienestar, y a veces en el propio sentido de sí mismo (3). Los usuarios profesionales de voz incluyen no sólo cantantes y actores, sino también clérigos, profesores, recepcionistas, personal de ventas, médicos y cualquier otra persona cuya

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0622

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

capacidad de ganarse la vida se ve afectada negativamente por la pérdida de calidad vocal y resistencia (4), por eso yo en lo particular y en mi opinión personal creo que profesionales de la voz somos todos. Los trastornos de la voz ocupacional constituyen la categoría de enfermedades profesionales más frecuentemente certificadas, por ejemplo en Polonia representa aproximadamente el 20% de todos los casos (5). Villanueva-Reyes A. (2011); Realizó un estudio en profesionales de la voz, estudiando las siguientes variables: sexo, edad, ocupación, posibles riesgos laborales, diagnóstico y tipo de tratamiento. Los resultados revelaron que el 81% de todos los casos de trastornos de la voz encontrados durante el estudio eran mujeres. La edad media de diagnóstico de los diferentes trastornos de la voz fue de 42 años. Los problemas vocales fueron reportados con mayor frecuencia por los maestros de primaria y secundaria (72%). Las quejas más comunes fueron el uso excesivo de voz relacionado con el trabajo (30%) y exceso de polvo en el lugar de trabajo. Los diagnósticos médicos más frecuentes relacionados con trastornos de la voz fueron rinofaringitis (27%), varios tipos de laringitis (21%) y laringofaringitis (10%). La modalidad de tratamiento más frecuente para los problemas de la laringe y la voz fue la prescripción de la medicación. Concluyó que el factor más relevante de los trastornos de voz para los usuarios de voz profesional es la sobrecarga vocal durante su trabajo, recomendando implementar programas de prevención de trastornos de la voz debido a la alta tasa de disfunción vocal entre estos profesionales (6).

#### RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.

#### MÉTODO

Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.

Generar formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.

Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación.

#### INDICADORES

Protocolo de actuación realizado.

La realización de encuestas y formularios de anamnesis y exploración física.

#### DURACIÓN

3 de Septiembre 2018: reunión interservicio.

1 de Octubre de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.

7 de Enero : elaboración de formularios y protocolos.

6 de Mayo: Inicio de aplicación de protocolo y formularios creados.

#### 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 - 2018/0093

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CAYETANA VERASTEGUI MARTINEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BARBERA PEREZ PAULA MARIA  
MONTORI AYALA CRISTINA  
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO  
LANAU LACORT ANA  
GIRON GARCIA PAZ  
FACI ALCALDE ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron charlas informativas durante el mes de marzo, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos. Se cambió el protocolo de actuación en neonatos con riesgo de hipoglucemias, reduciendo el número de mediciones en todos aquellos que no fueran hijos de madre con diabetes insulino dependiente, que son los únicos que precisan controles exhaustivos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente, gracias a la aplicación del nuevo protocolo al que tienen acceso enfermeras y pediatras en el control de la planta materno infantil, el 100% de neonatos con riesgo de hipoglucemia (pequeños (<p10)/grandes para edad gestacional (p>90) según tablas de percentiles, prematuros tardíos 34-37 semanas de edad gestacional e hijos de madres no insulino dependientes) se han beneficiado de recibir menos mediciones de glucemias capilares, sin encontrar en ningún caso incidencias.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra unidad, al año aproximadamente el 19% de neonatos son subsidiarios de controles glucémicos y de estos solo el 10% precisa controles exhaustivos. Es decir cerca de 110 neonatos al año se han ahorrado al menos 4 controles glucémicos en sus primeras 24 horas de vida, facilitando el apego con la madre, la lactancia materna y evitando el dolor de pinchazos prescindibles. En nuestra unidad estamos muy satisfechos con el nuevo protocolo y continuaremos con el mismo por el momento.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/93 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0093

Título  
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Autores:  
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, MONTORI AYALA CRISTINA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, LANAU LACORT ANA, GIRON GARCIA PAZ, FACI ALCALDE ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0093

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal: 30-40% en hijos de madre diabética y 10-15% en recién nacidos a término. El mantenimiento de la normoglucemia durante el periodo neonatal va a depender de la presencia de reservas de glucógeno y de grasa adecuada, de una glucógenolisis y gluconeogénesis efectiva y de la integración de los cambios adaptativos endocrinos y gastrointestinales con el ayuno y la alimentación. Es más frecuente que se produzcan hipoglucemias en las primeras 72 horas. En nuestro hospital se realizan controles sistemáticos de glucemia a hijos de madre diabética, independientemente de si está controlada con insulina o con dieta a la 1,3,6,12,24 horas de vida. Al resto de neonatos según clínica. Dada la importancia de diagnosticar y tratar precozmente las hipoglucemias neonatales asintomáticas, por sus consecuencias neurológicas a medio y largo plazo, es preciso actualizar las indicaciones de determinación de glucemia, según diferentes factores de riesgo, y reducirlas en aquellos casos que no precisen un control tan estrecho, para evitar acciones cruentas innecesarias en los neonatos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar los neonatos que precisan monitorización de los niveles de glucosa y el número de mediciones sistematizadas según sus factores de riesgo:

- Neonatos hijos de madre diabética insulino dependiente (gestacional o pregestacional): Glucemias a la 1-3-6-18-24 horas de vida, pretoma. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.
- Neonatos hijos de madre diabética controlada con dieta: solo si clínica sugestiva (cambios en el nivel de conciencia, letargia, apatía, flacidez, apnea, llanto débil, temblor, irritabilidad, pobre succión, vómitos, taquipnea, apnea, cianosis, convulsiones y coma)
- Embarazo sin controlar, O'Soullivan desconocido, Grande o Pequeño para edad gestacional (según tablas de percentiles >p90,<p3) o neonato pretérmino tardío (34-37SEG): Glucemias cada 3 horas durante 8 horas. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.

#### MÉTODO

Se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos. Los cambios previstos son eliminar el número de mediciones de glucemias en los hijos de madre diabética no insulino dependiente y cribar a aquellos neonatos con los factores de riesgo arriba descritos para detectar hipoglucemias antes de que sean sintomáticas.

#### INDICADORES

1. Cribado de hipoglucemia: Total de neonatos asintomáticos con factores de riesgo que se les realiza glucemia/Total de RN con factores de riesgo: >80%
2. No realizar glucemias rutinarias a neonatos hijos de madre diabética no insulino dependiente: >80%
3. Hipoglucemias en Neonatos no incluidos en el cribado: neonatos con hipoglucemia sin factores de riesgo/ neonatos totales sin factores de riesgo: <15%

#### DURACIÓN

Charlas informativas durante el mes de Febrero 2018 e instauración inmediata de los nuevos criterios de monitorización de niveles de glucosa. Evaluación de indicadores en 6 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 - 2018/0111

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIANO PLANA FERNANDEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BARBERA PEREZ PAULA MARIA  
FACI ALCALDE ELENA  
ABADIAS CUELLO YOLANDA  
COSTA RODRIGUEZ PAULA  
DEFIOR SANTAMARIA SARA  
MONTORI ANAYA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Tras revisión bibliográfica y puesta en común, se ha realizado el protocolo. Se ha presentado al servicio de farmacia y anestesia, quedando pendientes de su valoración para redacción definitiva y puesta en marcha (se ha ido formando al personal para la adecuación de la actividad y realización de sedoanalgesia en procedimientos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Respecto al uso de anestesia tópica, se ha obtenido un valor cercano al 100%. En procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, el valor se sitúa alrededor del 40%. La recogida de los datos se ha realizado a partir del programa de urgencias (PCH). Pensamos que es un paso muy importante a nivel de satisfacción de los pacientes pediátricos y sus familias, y dotaremos de seguridad la realización de la sedoanalgesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Se ha objetivado un uso adecuado de la anestesia tópica, no así en procedimientos de sedoanalgesia mas complejos, sobre los cuales habrá que incidir y valorar la posibilidad de realizar formación acerca de la misma.

7. OBSERVACIONES.  
Envié por error esto al año 2017.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/111 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0111

Título  
PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Autores:  
PLANA FERNANDEZ MARIANO, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, FACI ALCALDE ELENA, ABADIAS CUELLO YOLANDA, COSTA RODRIGUEZ PAULA, DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTORI ANAYA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Sedoanalgesia  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Ante la ausencia de un protocolo reglado para evitar la ansiedad y el dolor en los pacientes pediátricos ante los procedimientos que tuvieran que practicarse, creemos que es necesario implementar un protocolo para evitar dichos efectos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS  
Disminuir/eliminar el dolor y la ansiedad de los pacientes pediátricos en la realización de procedimientos.

MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0111

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Se revisará la farmacopea existente con sus indicaciones y dosis en edad pediátrica en los campos analgesia, sedación y sedoanalgesia. Se elaborará un protocolo que será revisado por el servicio de farmacia hospitalaria. Posteriormente se presentará a los miembros del servicio de pediatría, urgencias y anestesia. La intención es su introducción paulatina en colaboración con otros servicios (traumatología por ejemplo) para su aplicación de forma rutinaria y su añadidura a la cartera de servicios.

#### INDICADORES

- Uso de anestesia tópica en procedimientos dolorosos: nº de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de anestesia tópica dividido nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x100. Estándar 100%.
  - Utilización de sedoanalgesia en procedimientos: nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, en la que ésta se llevo a cabo dividido por nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, x 100. Estándar 80%.
- Fuente de datos: documentación clínica.

#### DURACIÓN

- 3 meses para revisión de bibliografía.
- 1 mes para puesta en común de los datos: nº de pacientes sometidos a procedimientos Con utilización de anestesia tópica dividido por el nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x 100. estándar 100%.
- 3 meses para elaboración de un borrador y valoración posterior de su adecuación.
- 1 mes para revisión por el servicio de farmacia y anestesia.
- 2 meses para correcciones según recomendaciones de los servicios anteriores y nueva puesta en común para elaboración del definitivo.
- 1 mes para revisión por los servicios indicados.

#### 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 - 2018/0113

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA LOPEZ ALONSO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

BALLARIN BUISAN SUSANA  
GIRON GRACIA PAZ  
VILCHEZ BRUNED ELENA  
LARROYA DOMPER ANA  
MONTESINOS FRANCO CARMEN  
MORANCHO CASTRO PILAR  
SABES SOLANO ESTHER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el mes de Abril se elaboró la guía de uso y mantenimiento de cada uno de los aparatos incluidos en el proyecto, en formato papel y en Powerpoint. El equipo de trabajo se distribuyó en tres grupos, uno por aparato, formado por TCAES y DUES; se pusieron en común para realizar las correcciones oportunas.
2. Se instaló en el escritorio de todos los ordenadores de trabajo un acceso directo a la carpeta con las guías y Powerpoint. El manual de uso en formato papel se encuentra accesible en la mesa central de trabajo del Servicio.
3. Los miércoles y jueves de Mayo se impartieron talleres para personal habitual, aprovechando mayor presencia de trabajadores por cartelera.
4. Talleres en meses de verano al personal de nueva incorporación, en Materno-Infantil para OAF y en Partos para cuna térmica e incubadora.
5. Curso de Transporte Neonatal y Pediátrico, días 14 y 15 Noviembre 2018 en este hospital. Colaboración en taller sobre manejo de incubadora y casos prácticos sobre RCP neonatal en cuna térmica, estabilización y traslado.
6. Se facilitó la asistencia mediante horarios flexibles.
7. Registro de firmas de asistencia a talleres.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El personal implicado en el uso de estos aparatos ha recibido información sobre la existencia de las guías elaboradas.
2. Reconocimiento expreso por parte del personal, del fácil acceso y útil manejo de estos manuales, tanto para uso como para limpieza.
3. Alto porcentaje de asistencia a los talleres (100%), mediante registro de firmas.
4. Se han reforzado conocimientos, con personal sanitario mejor formado, lo que repercute en la optimización de los cuidados prestados en situaciones de urgencia y en la utilización de los recursos sanitarios.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto el grupo de trabajo como el personal asistente a los talleres teórico-prácticos valoran positivamente este proyecto. Los manuales son accesibles, de fácil manejo y muy gráficos, lo que permite recurrir a ellos cómoda y rápidamente en caso necesario. Sin embargo, se considera importante impartir estos talleres periódicamente con el fin de mantener y actualizar los conocimientos adquiridos. El calendario se decidiría con la supervisora del Servicio, haciéndolos extensibles al personal fijo y al eventual.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/113 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0113

Título  
PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. DE BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

Autores:  
LOPEZ ALONSO BEGOÑA, BALLARIN BUISAN SUSANA, GIRON GRACIA PAZ, VILCHEZ BRUNED ELENA, LARROYA DOMPER ANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN, MORANCHO CASTRO PILAR, SABES SOLANO ESTHER

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TÉRMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: enfermedades del paciente neonato y pediátrico  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Guía de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF.  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El servicio de Pediatría de este hospital ha sido dotado recientemente con una cuna térmica, una incubadora de transporte y oxigenoterapia de alto flujo. Se considera necesario que todo el personal implicado en su manejo conozca su funcionamiento, limpieza y mantenimiento, con el fin de que la atención al paciente pediátrico y neonato se realice de forma eficaz.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Formación del personal sanitario de este servicio en el manejo y limpieza de estos aparatos.
- 2- Facilitar el aprendizaje al personal sanitario de nueva incorporación.
- 3- Mejorar la utilización de los recursos sanitarios.
- 4- Optimizar los cuidados al paciente pediátrico y neonato.

#### MÉTODO

- 1- Crear guías de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF
- 2- Realización de cuatro sesiones teórico- prácticas ; durante el periodo estival se realizará alguna más en función de las nuevas incorporaciones.
- 3- Soporte escrito y audiovisual que incluya toda la información, accesible a todo el personal implicado.

#### INDICADORES

- 1- Porcentaje de personal adscrito al Servicio de Materno-Infantil, susceptible de manejarlo, que conoce dicho manejo.
- 2- Porcentaje de personal eventual en periodo vacacional que recibe formación en el uso y manejo de estos aparatos.
- 3- El valor a alcanzar será la asistencia a los talleres del 100% del personal. Se evaluará mediante el registro de firmas.

#### DURACIÓN

Se estima una duración de ocho meses, entre abril y diciembre de 2018.  
? Abril: crear las guías escritas y audiovisuales, así como una carpeta en la intranet con todo este material, accesible a todo el personal.  
? Abril-Mayo:  
? Dos talleres teórico-prácticos para el personal habitual  
? Junio-Septiembre:  
? Dos talleres al inicio del periodo vacacional.  
? Repeticiones en función de las nuevas incorporaciones.  
? Los talleres prácticos relacionados con la cuna térmica y la incubadora de transporte se realizarán en la sala de partos donde se ubican de forma permanente, siempre que sea posible.  
? Mientras se lleve a cabo este proyecto se informará y facilitará a todo el personal el acceso al material escrito y audiovisual creado para este fin.

#### 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 - 2018/0113**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO**

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA MARIA BARBERA PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

LARROYA DOMPER ANA  
PALACIO LIESA MIRYAN  
ARCAS LALIENA ALBA  
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA  
MONTESINOS FRANCO CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los principales objetivos de este proyecto de calidad era hacer una correcta indicación de la fototerapia, así como unificar criterios. Para conseguir este objetivo se realizó un protocolo diagnóstico, donde se incidió en el uso de la bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa, y cuando elegir cada procedimiento. Además se realizó un cartel que se colocó en la sala de exploración de los recién nacidos, visible para todo el servicio, con las gráficas más actualizadas con los puntos de corte de bilirrubina, por encima de los cuales se precisa tratamiento con fototerapia. Gracias a estas medidas se ha podido indicar la fototerapia de forma correcta y unificada. Gracias a este proyecto de calidad se ha revisado todo el material utilizado en el tratamiento de fototerapia, y hemos conseguido que nos cambien las lámparas, para que cumplan los estándares adecuados. En este proyecto se elaboró un protocolo de actuación para todo tipo de profesionales, que está disponible tanto impreso como en los ordenadores de la planta, accesible a todos. También se elaboró una hoja informativa para padres, explicándoles de forma sencilla en que consiste la ictericia neonatal y cómo pueden participar ellos en los cuidados del recién nacido.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 hubo un total de 56 niños en los que se detectó ictericia, de un total de 615 recién nacidos en este período. De esos 56 casos, solo 21 precisaron ingreso para tratamiento con fototerapia. El 100% de las fototerapias fueron indicadas de forma correcta, cumpliendo así el primero de los objetivos. Se ha entrenado al personal en la colocación de las lámparas, y se han cambiado las lámparas por otras nuevas. En todos los casos la colocación de las lámparas fue correcta, y no se ha registrado ninguna incidencia ni complicación. Uno de los mayores problemas de los recién nacidos en tratamiento con fototerapia es el mantenimiento de la lactancia materna. Gracias a las hojas informativas y al apoyo del personal, se ha conseguido mantener el 100% de las lactancias maternas durante el ingreso por fototerapia. Esto se ha conseguido sacar al recién nacido de la cuna durante las tomas, interrumpiendo el tratamiento durante breves períodos de tiempo, o ayudando a las madres a extraerse leche y dársela al recién nacido con jeringuilla.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido de gran utilidad colocar las gráficas de punto de corte de ictericia para precisar tratamiento con fototerapia en la zona de exploración de recién nacidos, para favorecer la adecuada indicación de este tratamiento, así como entrenar al personal médico en el uso de bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa. Ha sido también muy positivo elaborar la hoja de información para padres, ya que se ha disminuido el nivel de ansiedad y preocupación en ellos, permitiendo que colaborasen de manera más activa en los cuidados del recién nacido, y favoreciendo del mismo modo la lactancia materna durante el tratamiento.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/268 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0268

Título  
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Autores:  
BARBERA PEREZ PAULA MARIA, LARROYA DOMPER ANA, PALACIO LIESA MIRYAN, ARCAS LALIENA ALBA, VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

### 1. TÍTULO

#### ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
La hiperbilirrubinemia representa la causa más común de reingreso hospitalario en la primera semana de vida. Es una situación clínica común y generalmente benigna en el recién nacido a término y prematuro tardío. En nuestro hospital, la hiperbilirrubinemia es una de las patologías más frecuentes en el recién nacido y puede producir la separación madre-hijo durante los primeros días de vida. Es de vital importancia, el diagnóstico y el tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones y prolongar el tiempo de tratamiento.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
-Ser capaces de identificar aquellos niños con hiperbilirrubinemia.  
-Conocer y utilizar correctamente los distintos tipos de fototerapia.  
-Mantener una concentración de bilirrubina sérica por debajo del nivel asociado a encefalopatía.  
-Unificar criterios.  
-Prevenir los efectos indeseables de la fototerapia: deshidratación, hipertermia o daño ocular, entre otros.  
-Fomentar y favorecer la continuación de la lactancia materna durante el tratamiento con fototerapia.

**MÉTODO**  
Se ha elaborado un nuevo protocolo para el personal de la planta, así como hojas informativas para padres. Además se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) el nuevo protocolo, al haber nuevos criterios de fototerapia, cómo colocar las lámparas y cómo deben ser alimentados los recién nacidos sometidos a fototerapia.

**INDICADORES**  
1. Correcta indicación de la fototerapia: 100%.  
2. Adecuada información a los padres, haciéndolos partícipes del tratamiento: 100%.  
3. Correcta colocación y utilización de las lámparas: 100%.  
4. Fomentar la lactancia materna durante todo el tratamiento: 100%.

**DURACIÓN**  
Elaboración del protocolo y hoja informativas para padres, realizadas durante el mes de febrero. Charlas informativas durante el mes de Abril 2018 e instauración inmediata del protocolo. Evaluación de indicadores en 6 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 - 2018/0328

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

ABIZANDA GUILLEN ANA  
DELGADO BUENO ANA  
JANER SUBIAS ELENA  
LAMARCA GAY ROCIO  
LOPEZ ALONSO BEGOÑA  
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA  
VILCHEZ BRUNED ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se ha elaborado el Protocolo "MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA: COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA - ESPECIALIZADA", con la implicación de Pediatras de los Centros de Salud del Sector, así como de personal de enfermería. Está pendiente de ser valorado por la Comisión de Calidad. Una vez aprobado, se podrá consultar en la Intranet del Sector por todos los profesionales implicados.

2.- Dicho protocolo incluye como Anexos las "Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario", y las "Recomendaciones de recogida de la muestra de orina". Esta información se podrá imprimir desde la consulta y entregar a los responsables del paciente.

3.- Se han mantenido 3 reuniones presenciales entre los miembros del Proyecto para poner en común los problemas asistenciales y de logística relacionados con el manejo de las infecciones urinarias, analizar las últimas evidencias científicas, y unificar criterios para el desarrollo del Protocolo.

4.- Se realizó el Curso presencial "ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA" en el Hospital de Barbastro los días 2 y 9 de octubre, acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,8 créditos.

5.- Se han analizado los indicadores propuestos inicialmente con el objetivo de conocer el manejo actual y poder así compararlos con los indicadores una vez implementado el Protocolo. Los datos consultados proceden de los niños atendidos en Urgencias y derivados desde los Centros de Atención Primaria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- El Protocolo de Coordinación Atención Primaria y Especializada acaba de ser consensuado en Enero de 2019, por lo que no podemos evaluar los indicadores una vez implementado.

2.- Los indicadores analizados en el año 2018, previo a la instauración de dicho protocolo son:  
Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas = 50 %  
Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas = 23,52 %  
Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas = 82,35 %  
Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas = 20,58 %

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- Basándonos en los datos analizados, confirmamos que es necesaria la implantación de un Protocolo común de actuación en las Infecciones del Tracto Urinario para evitar pruebas y tratamientos antibióticos innecesarios.  
2.- Una vez aprobado por la Comisión de Calidad, será necesario difundirlo entre el personal implicado, es decir, Médicos de Atención Continuada en Centros de Salud, Pediatras del Centro de Salud y del Hospital, Médicos de Familia con dedicación a Pediatría, y Médicos de Urgencias del Hospital.  
3.- Queda pendiente reevaluar periódicamente los indicadores incluidos en este Proyecto y en el protocolo, para poder ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes, con el fin de que reciban un tratamiento adecuado y evitar pruebas innecesarias.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/328 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Nº de registro: 0328

Título  
PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Autores:  
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, DELGADO BUENO ANA, JANER SUBIAS ELENA, LAMARCA GAY ROCIO, LOPEZ ALONSO BEGOÑA, PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, VILCHEZ BRUNED ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
La infección del tracto urinario (ITU) se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario cuando debe ser estéril. Se trata de una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia. Factores no modificables como edad, sexo y raza influyen en la prevalencia de la enfermedad. Aproximadamente el 7% de los niños menores de 2 años presentarán un episodio de ITU febril. Los pacientes que han presentado una primera infección urinaria presentan más riesgo de recurrencia, la mayoría en los primeros 6-12 meses, siendo el 18% para varones y el 26% para mujeres. Después de este tiempo, en los varones las recurrencias son muy poco probables, mientras que en las niñas pueden seguir produciéndose muchos años después por gérmenes distintos al de la primera infección.

La afectación renal aguda se produce en el 50-80% de los casos, de los que un 15-20% quedará afectación renal parenquimatosa permanente. Las alteraciones obstructivas del tracto urinario (funcionales, anatómicas o neurológicas) y el reflujo vesicoureteral pueden favorecer la aparición de ITU y las complicaciones a largo plazo.

El diagnóstico de ITU se basa en la clínica, los datos del análisis de orina (nitritos, leucocitaria y hematuria), así como del urocultivo el cual nos dará el diagnóstico definitivo. El método de recogida de la muestra de orina es fundamental para evitar los falsos positivos o negativos.

El seguimiento de estos pacientes debe adaptarse a los medios disponibles en cada sector. Los objetivos de dicho seguimiento son: detección de malformaciones del tracto urinario, control de las recurrencias y seguimiento de la nefropatía cicatricial. Todo ello supone visitas médicas repetidas, empleo de múltiples antibióticos y exploraciones complementarias relativamente invasivas. Por lo tanto, es fundamental la coordinación de las actuaciones médicas tanto de Atención Primaria como de Hospitalaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Elaboración de un protocolo consensuado entre el Servicio de Pediatría del Hospital y los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector.
- 2.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre "Recomendaciones para la vigilancia domiciliar en la infección del tracto urinario".
- 3.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre "Recomendaciones de recogida de la muestra de orina".
- 4.- Fomentar la comunicación entre los Equipos de Pediatría de Atención Primaria - Nefrología Pediátrica del Hospital en aquellos casos problemáticos o de riesgo, con el fin de ofrecer la mejor asistencia a estos pacientes.

#### MÉTODO

- 1.- Se realizarán charlas informativas al personal del Servicio de Pediatría y de Urgencias (auxiliares, enfermería y facultativos) sobre la importancia de los métodos de recogida de orina y la selección de pruebas complementarias a realizar durante el ingreso.
- 2.- Curso formativo práctico, basado en casos clínicos, sobre el manejo del paciente con ITU febril e ITUS recurrentes orientado al personal facultativo, enfermería y auxiliares del Sector de Barbastro

#### INDICADORES

- Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas > 90 %
- Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas > 80%
- Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas > 90 %

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

- Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas < 10%

#### DURACIÓN

- Elaboración del Protocolo y hojas informativas antes de Junio 2018
- Implantación de dicho Protocolo a lo largo del resto del año
- Evaluación de indicadores en Enero - Febrero 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 - 2018/0760

### 1. TÍTULO

#### REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PAULA LALAGUNA MALLADA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... BARBASTRO

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

MINGUEZ SORIO JULIA  
SAHUN OBIS CARMEN  
COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA  
REMACHA GARCIA MARIA JOSE  
ABAD SANZ MARIA  
CANO TOLOSANA MARIO  
PALACIO LIESA MIRYAM

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desde la Comisión de Lactancia del sector se han organizado las acciones a llevar a cabo de forma coordinada con la gerencia del sector.  
- Se realizó una auditoria interna utilizando la herramienta de autoevaluación de la OMS mediante encuestas a los profesionales de todos los servicios implicados en el proyecto y a las madres puérperas en el momento del alta. El análisis de los resultados permitió detectar áreas de mejora para el cumplimiento de los requisitos IHAN y programar acciones formativas.  
- En mayo se realizó el Curso básico de lactancia anual acreditado con 3.2 créditos por la Comisión de docencia. Se formaron un total de 22 alumnos.  
- En septiembre y octubre se llevaron a cabo sesiones formativas sobre la IHAN (un total de 8 sesiones) a las que asistieron todos los profesionales con implicación directa e indirecta en la asistencia materno-infantil. Se tuvieron en cuenta los temas a reforzar según las encuestas de auditoría interna.  
- Se han revisando y actualizado todos los protocolos asistenciales relativos al cuidado materno-infantil y se han difundido a través de las sesiones y en la intranet del sector en una pestaña específica dedicada a la IHAN, donde se puede descargar toda la documentación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se remitió la solicitud de reevaluación a la IHAN junto con toda la documentación exigida y durante los días 6 y 7 de noviembre estuvieron en el hospital dos evaluadores de la IHAN para realizar la auditoría externa de forma presencial. Revisaron documentación, registros de formación, realizaron encuestas a madres y profesionales y evaluaron las prácticas.  
En diciembre 2018 la IHAN emitió el informe de la evaluación en el que se certificó que el hospital de Barbastro cumple con los criterios IHAN y por lo tanto supera la reevaluación y queda REACREDITADO.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acreditación IHAN, al igual que cualquier certificación de calidad, exige la implicación de muchos profesionales de distintas categorías, un alto grado de formación y una coordinación entre niveles asistenciales, por lo que es un proyecto ambicioso, pero la motivación y la satisfacción por poner en práctica una asistencia humanizada y de calidad, nos han llevado a alcanzar nuestro objetivo con éxito.  
A pesar de ello, el proyecto no se puede dar por concluido, somos conscientes de que mantener todos los requisitos exige una evaluación y monitorización continua y el esfuerzo por seguir trabajando en la misma línea.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/760 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0760

Título  
REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES

Autores:  
LALAGUNA MALLADA PAULA, MINGUEZ SORIO JULIA, SAHUN OBIS CARMEN, COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA, REMACHA GARCIA MARIA JOSE, ABAD SANZ MARIA, CANO TOLOSANA MARIO, PALACIO LIESA MIRYAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

### 1. TÍTULO

#### REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: embarazo, parto y puerperio  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

El Hospital de Barbastro fue acreditado como Hospital IHAN en 2009. Este reconocimiento implica el cumplimiento de unos criterios de calidad en los cuidados que la madre y el recién nacido reciben durante el embarazo, parto y puerperio, haciendo énfasis en la promoción y apoyo a la lactancia materna. Exige también el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Nuestro hospital es el único de Aragón que tiene esta certificación y uno de los 17 que existen en España.

Para el mantenimiento del galardón, es necesario un proceso de reacreditación y superar una auditoría externa de evaluadores de UNICEF que valoran si el hospital sigue cumpliendo los estándares de calidad exigidos. Para superar la evaluación, se requiere una monitorización continua de las prácticas, una revisión periódica de la Normativa de lactancia vigente y de los protocolos asistenciales. También la formación continuada de todas las personas implicadas.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Obtener la reacreditación IHAN superando la auditoría externa de UNICEF.  
Cumplir los criterios IHAN de cuidados de nuestra población materno infantil durante el parto y en el puerperio inmediato.  
Mantener una tasa de lactancia al alta de maternidad mayor del 75%.  
Garantizar la formación del personal de nueva incorporación con el curso de Lactancia que organiza anualmente la Comisión de Lactancia del Sector.  
Difundir la importancia del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna entre los profesionales y comprobar su cumplimiento en el Sector.  
Revisar y actualizar la Normativa de lactancia y los protocolos asistenciales con unificación de criterios en la atención neonatal y la asistencia al parto.

##### MÉTODO

La OMS ofrece una herramienta de autoevaluación estructurada para detectar problemas y mejorar el cumplimiento de los 10 pasos. Esta herramienta contempla la recopilación, actualización y revisión de la Normativa de lactancia y de los protocolos, la evaluación de los programas de formación en lactancia materna y del número de profesionales formados, la valoración de estadísticas relativas a la lactancia y la comprobación del cumplimiento del Código de comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

Para llevar a cabo el Proyecto, proponemos la utilización de esta herramienta como método de autoevaluación que facilitará la detección de las deficiencias en el cumplimiento de los 10 pasos.

Según los resultados de la monitorización interna se programarán sesiones con los diferentes servicios enfocadas a mejorar el cumplimiento de los 10 pasos IHAN.

Se programará un nuevo curso de Lactancia Materna que se realiza con periodicidad anual para completar la formación de los profesionales de nueva incorporación.

Recopilación de toda la documentación relacionada con la IHAN, Normativa y protocolos, de forma que estén accesibles y disponibles para todos los profesionales desde la portada de la intranet del Sector.

##### INDICADORES

- Evaluación de las encuestas de monitorización de la OMS realizadas a las madres al alta de maternidad y superación de > 80% de los ítems.  
- Tasa de lactancia materna al alta de maternidad > 75%  
- Porcentaje de profesionales con formación en los servicios implicados que son capaces de superar la herramienta de monitorización > 80%

##### DURACIÓN

Duración de un año:

###### Primer SEMESTRE

- Reunión de la Comisión de lactancia para definir plan de acción
- Revisión y actualización de los protocolos y de la Normativa de lactancia
- Monitorización y evaluación de la situación a través de la realización de las encuestas de monitorización de la OMS a madres y profesionales
- Evaluación del cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos en Sector con el instrumento de monitorización de la OMS

###### Segundo SEMESTRE

• Emitir informe de auditoría interna, tasas de lactancia y documentación revisada y elaborada a la IHAN para su evaluación.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

### 1. TÍTULO

#### REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

- Realización de curso de formación básico para profesionales de nueva incorporación y formación continuada
- Difusión de los documentos y sesiones para mejorar deficiencias detectadas en la evaluación interna
- Solicitud de la auditoría externa para la reacreditación a la IHAN

#### 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 - 2018/1431

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS MINGUILLON ARANDA  
· Profesión ..... TECNICO/A DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VINYAS ORUS ENRIQUE  
CUELLO ACIN DANIEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para realizar la actualización del plan de autoprotección se adjudicó dicho trabajo a la empresa Inizia, empresa de ingeniería que en el año 2014 realizó el plan de autoprotección del hospital.  
En el presupuesto y condiciones del contrato que se formalizó con Inizia, la empresa se comprometía a realizar la actualización en el plazo de dos meses tras la visita inicial a las instalaciones del hospital de Barbastro, que fue en junio de 2018.  
Las visitas de la técnico de Inizia encargada de hacer el trabajo de actualización fueron realizadas, una en junio y la otra en septiembre de 2018.  
Por razones ajenas al hospital de Barbastro, el borrador del plan de autoprotección no fue entregado por Inizia al servicio de salud laboral hasta enero de 2019.  
Analizado con detalle dicho borrador, se comprueba que hay varios errores y déficits en el mismo, que son trasladados a la empresa Inizia en una reunión celebrada a principio de marzo de 2019.  
A fecha 13/03/2019, se está a la espera de la corrección de dichos errores en la revisión del plan de autoprotección y por tanto a la espera de la entrega definitiva del documento por parte de Inizia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han podido alcanzar los objetivos planteados ya que la primera fase del proyecto, que es la actualización del plan de autoprotección, no se ha terminado, se está todavía en fase de elaboración.  
A partir de dicho documento de actualización deberían haberse realizado un simulacro de emergencias y distintos cursos de formación para la divulgación de dicho plan de autoprotección.

Por tanto:

Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.

Evaluación: NO (en fase de elaboración).

Indicador: Realización de simulacro.

Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

Indicador: Realización de cursos de formación específica.

Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No deberían haberse fijado fechas tan concretas en el desarrollo y ejecución del proyecto al depender en su fase inicial de una empresa externa ajena al servicio de salud laboral del hospital. Sin esa fase inicial concluida, no ha podido desarrollarse el resto del proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se continúa a fecha actual con el desarrollo del proyecto.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1431 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1431

Título  
ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:  
MINGUILLON ARANDA LUIS, VINYAS ORUS ENRIQUE, CUELLO ACIN DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: No procede  
Línea Estratégica .: Otras

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1431

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

El plan de autoprotección del hospital de Barbastro no está actualizado ni divulgado adecuadamente. En este sentido, se está incumpliendo la legislación vigente, además de que, en el hipotético caso de que ocurriera una emergencia, el personal desconoce las normas de actuación, poniéndose por tanto en peligro, además de las instalaciones del hospital, la integridad física tanto de los trabajadores del hospital como de los pacientes y acompañantes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar y divulgar el plan de autoprotección del hospital.

Formar al personal responsable de actuación en caso de emergencia.

Formar al personal de los distintos servicios del hospital.

El proyecto está dirigido a la integridad de los trabajadores del hospital.

#### MÉTODO

Cooperación con empresa externa para actualizar el plan.

Elaborar normas de actuación para cada servicio del hospital.

Realizar formación específica en cada servicio del hospital.

Realizar formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Realizar simulacro de evacuación en colaboración con bomberos.

#### INDICADORES

Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de simulacro

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica en cada servicio del hospital acerca de la parte del plan de autoprotección que es competencia de cada servicio.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

#### DURACIÓN

Actualización del plan de autoprotección: junio-octubre 2018.

Realización del simulacro de emergencias: diciembre 2018

Formación específica en cada servicio del hospital: octubre 2018-enero 2019.

Formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección: octubre 2018-enero 2019.

El responsable de todas las tareas es el técnico de prevención del hospital. Colaboradores: médico de salud laboral e ingeniero de mantenimiento.

#### 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 - 2018/0022

### 1. TÍTULO

#### MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE ..... EMMA PARDENILLA VIÑUALES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS  
· Sector ..... BARBASTRO

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

PUEYO VICENTE YOLANDA  
COSTA BRUALLA CRISTINA  
BOIX GONZALEZ ANA MARIA  
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA  
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN  
PORTABALES PEREZ MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un Protocolo de actuación en pacientes alérgicos al látex ante una intervención quirúrgica, por lo cual se han revisado todos los almacenes, quirófanos y estancias dentro del Servicio de Quirófano para saber que material, instrumento de trabajo y mobiliario contenía látex o estaba exento, realizando unos listados donde se especifica claramente.

Se ha promocionado el Protocolo, estando aprobado, colgado en Intranet y a disposición de todo el personal . Marzo 2018

Se ha imprimido el Protocolo, dejándolo en el Esperacamas de quirófono (preparación de pacientes), en un lugar señalado y puesto en conocimiento de todo el personal, incluido URPA. Abril 2018

Se realiza una sesión formativa al personal del servicio de quirófono y URPA (Enfermeras y Tcaes) a la que acuden 36 personas, y donde se expone un Power Point. Diciembre 2018

Durante todo el año se lleva un registro de todos los pacientes alérgicos al látex intervenidos quirúrgicamente, donde se determina si se ha llevado a cabo el protocolo y si han ocurrido incidencias (7 pacientes y 1 incidencia) . Enero a Diciembre 2018

Se acuerda con los Servicios quirúrgicos y con el Servicio de admisión, como actuar ante la inclusión en la lista de espera quirúrgica a los pacientes alérgicos al latex para una realización correcta de la misma. Mayo 2018

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores utilizados:

-Protocolo realizado: Si

-Listado de pacientes alérgicos al látex: Si

-Actualización en la historia clínica: Si

-Número de sesiones: 1

-Número de asistentes: 36

El personal de quirófono tiene ahora una línea clara de actuación cuando acude un paciente alérgico al látex, sabe que existe un protocolo y como tiene que seguirlo.

El proyecto ha resultado ser muy útil para el personal del Servicio de Quirófono, utilizándolo como referente cuando se dan casos de personas alérgicas al látex.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los integrantes del proyecto de mejora nos hemos dado cuenta de que el material existente en un quirófono es enorme y está en continuo cambio debido a las nuevas necesidades y a los continuos cambios de casas comerciales, por lo que realizar los listados ha sido una tarea ardua y de difícil realización.

No obstante creemos firmemente en la importancia del trabajo realizado, ya que se aumenta la seguridad para los pacientes alérgicos al látex intervenidos en el servicio quirúrgico del hospital de Barbastro.

El proyecto se ha realizado por la motivación y dedicación del equipo, por lo que estamos muy satisfechos y hemos tenido unos estupendos resultados .

Queda pendiente el cambio de material no fungible con látex por uno sin látex, ya que durante todo el año se incide en la necesidad de cambiar el material que contiene látex por otro exento (ej. Ambus), siempre que las posibilidades económicas lo permitan, estando a la espera de respuesta, de momento no se ha cambiado, pero decidimos que el proyecto está finalizado.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/22 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0022

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

### 1. TÍTULO

#### MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

##### Título

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

##### Autores:

PARDENILLA VIÑUALES EMMA, PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, BOIX GONZALEZ ANA MARIA, MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, PORTABALES PEREZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades alérgicas inmunológicas  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

Los casos de pacientes alérgicos al latex han aumentado en los últimos años y el personal de quirófano(enfermeros,técnicos auxiliares de enfermería,celadores) no tenemos una linea clara de actuación ante estos pacientes.  
También es sabido que uno de los grupos que más sensibilidad tiene al látex son los trabajadores sanitarios y en concreto el personal de quirófano.  
Existe material que contiene latex y hay que actuar con celeridad en el caso de un paciente con una posible alergia al latex que vaya a ser intervenido.  
El material de quirófano está cambiando constantemente debido a la innovación y a los continuos cambios de casas comerciales que nos suministran.  
Por todo esto pretendemos dotar de conocimientos necesarios y una guía clara de actuación al servicio de quirófano del Hospital de Barbastro así como la eliminación de todo el material que pueda ser sustituido por uno libre de latex .

##### RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar y unificar cuidados, aumentando el conocimiento del personal del servicio de quirófano, sobre como actuar ante posibles pacientes alérgicos al latex que vayan a ser intervenidos.  
Eliminar el material de quirófano que contenga látex y cambiarlo por material exento de látex siempre que sea posible y si no es así saber como resolver la situación.  
Actualizar los listados de material que contenga látex.  
Mejorar la calidad del trabajo del personal del servicio de quirófano ante un paciente alergico al latex.

##### MÉTODO

Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica.  
Imprimir hojas del protocolo.  
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico.  
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirurgicamente.  
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes.

##### INDICADORES

Protocolo realizado : ( SI - NO )  
Listado de pacientes alérgicos al latex : ( SI / NO)  
Actualización en la historia clínica : (SI / NO)  
Número de sesiones:  
Número de asistentes:

##### DURACIÓN

Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica..... Marzo 2018  
Imprimir hojas del protocolo.....Marzo 2018  
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico...De marzo a septiembre 2018.  
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirúrgicamente....De enero a diciembre del 2018  
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes...Enero 2019.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022**

**1. TÍTULO**

**MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO**

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 - 2018/0057

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE ..... RUTH FERNANDEZ SANCHEZ  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTINEZ GONZALEZ ANA  
ARAGON SANZ MARIA ANGELES  
REMACHA GARCIA MARIA JOSE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se incorpora la consulta de PDP (Prevención de Desgarros Perineales durante el parto) a la Cartera de Servicios del hospital.  
Se crea el grupo de trabajo interdisciplinar de la Unidad de Suelo Pélvico. Integrado por una ginecóloga, una uróloga, una médico rehabilitadora, una fisioterapeuta y una matrona.  
Consulta de suelo pélvico: Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Electroterapia. Bomba de vacío. Tratamiento individualizado y/o grupal.  
Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior.  
Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.  
Adquisición de recursos materiales: material específico de consulta y tratamiento.  
Se lleva a cabo la oferta formativa a través de programa focuss 16015 "Rehabilitación de las disfunciones de suelo pélvico", seleccionando en la edición del 2018 a profesionales de los Centros sanitarios de Ejea de los Caballeros, Graus y hospitales de Alcañiz y Clínico de Zaragoza.  
Talleres dirigidos a alumnos de secundaria del Instituto Martínez Vargas (Escuela promotora de salud). Participan 75 alumnos. Marzo 2018.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Cuestionarios de calidad de vida: 90%  
Valoración escalas Laycock, Oxford modificada y PERF en 1ª consulta fisioterapia: 90%  
Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año: 28/1136  
Número de sesiones/año: 1428.  
Nº partos vaginales/año: 580  
Desgarros perineales/año: 40%. De los cuales 69% corresponden a grado I, 28% grado II y 3% grados III - IV.  
Episiotomías/año: 30%  
Embarazadas en consulta PDP/año2018: 25 pacientes.  
Satisfacción de las pacientes en la consulta PDP: Se mide mediante cuestionario que se envía al 100% de las embarazadas, al finalizar a través de e-mail y pinchando en el enlace:  
<https://www.survio.com/survey/d/F9M4E7T9U9A3K5U9P#.Vt1PQCKfm4E.email> Entre los resultados obtenidos se incluye, como muestra, la pregunta:  
¿Cómo conociste la existencia de la consulta?  
Por un conocido 13 52 %  
En el propio Servicio de Rehabilitación 3 12 %  
Por medio de la matrona 7 28,0 %  
Por medio del ginecólogo 0 0 %  
Otro (Por favor especifica) 2 8 %  
En la evaluación del trabajo de la fisioterapeuta y la opinión sobre la privacidad que brinda la consulta, se obtienen las puntuaciones más altas, de 5 sobre 5, en todas las respuestas.  
En el apartado para que la embarazada exprese su valoración, se reflejan literalmente algunos de los comentarios expresados por ellas como:  
"Que el servicio de prevención se extendiera a los centros de salud de las principales localidades del ámbito comarcal del hospital porque considero que es una excelente prestación de apoyo al embarazo"  
"Creo que es un servicio totalmente necesario, como prevención para posibles desgarros en el parto. Tanto la atención como las explicaciones e información facilitada por el fisioterapeuta han sido muy correctas."  
"Que desde las matronas de atención primaria se informara de este servicio, puesto que yo me enteré por una amiga, de no ser así me hubiese perdido esta oportunidad tan útil y necesaria"

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La proporción de embarazadas atendidas en la consulta de prevención es pequeña, respecto al número de partos vaginales. Se debe insistir en la divulgación y trasmisión de la información desde la Atención Primaria. Para ello, se recomiendan sesiones clínicas en los centros de salud para dar a conocer la Unidad. Esperamos que, si el número de embarazadas atendidas en la consulta PDP aumenta, los porcentajes de desgarros y episiotomías disminuyan.  
Se valora positivamente el funcionamiento de la consulta de suelo pélvico y los talleres formativos. Se le dará continuidad en cada curso escolar. Aprovecharemos las plataformas de divulgación que surjan, como la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

participación en las semanas culturales de los pueblos para llegar a más población y educación no formal mediante charlas.

Nos queda mucho trabajo por hacer. La creación y funcionamiento de la consulta es una realidad ilusionante, pero creemos que no nos podemos conformar con esto. Hay que continuar con la prevención y tratamiento, de todos los daños que se pueden producir a lo largo de la vida en el suelo pélvico de la mujer, las disfunciones del hombre (prostatactomías, neovejigas, fibrosis, disfunción eréctil, etc) y las de los niños (enuresis, encopresis, hiperactividad vesical, extrofia vesical, etc).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/57 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0057

Título  
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Autores:  
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, MARTINEZ GONZALEZ ANA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, REMACHA GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario  
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  
CASUÍSTICA:  
La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad.  
Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

#### RESULTADOS ESPERADOS OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

#### MÉTODO ACTIVIDADES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar

".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

.Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"

Sala de tratamiento individualizado .

Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:

Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Realización de curso por personal multidisciplinar

"preparación perineal preparto": SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes, administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y puérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

DURACIÓN

Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

#### 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 - 2018/0759

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H BARBASTRO
- Localidad ..... BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIN GASPAS ELENA MARIA  
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ  
RODRIGUEZ ESCUREDO PALOMA  
RAMON BUISAN ROSARIO  
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH  
FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME  
PISA MAÑAS JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un protocolo interno de valoración y tratamiento a seguir de los pacientes afectos de linfedema o susceptibles de padecerlo.
- Se ha consensuado un modelo de hoja de recogida de datos
- Se ha llevado a cabo la implantación de un protocolo de diagnóstico y tratamiento según estadiaje
- Se ha consensuado un modelo de consentimiento informado para tratamiento con TFD en pacientes con linfedema y tumor no controlado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El número de pacientes valorados en 1ª consulta derivados desde U. Mama, Oncología y Cirugía Vasculuar desde Julio a Diciembre de 2018 ha sido 7. Los tratamientos realizados en este periodo han sido 71 (descompensaciones de linfedemas en seguimiento).
- El tiempo medio de demora desde 1ª consulta hasta tratamiento con TFD en los pacientes con linfedema grado II-III ha sido inferior a 15 días.
- Hemos conseguido uniformidad en la valoración clínica (al utilizar el modelo consensuado de recogida de datos) y en la derivación a tratamiento así como en las técnicas de fisioterapia según estadiaje (algoritmo terapéutico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos desarrollado en nuestro Servicio un protocolo de manejo clínico del linfedema con el objetivo de consensuar criterios de actuación y así ofrecer a nuestros pacientes un manejo óptimo.

AREAS DE MEJORA

- Crear una Unidad Multidisciplinar de linfedema en el proceso de mama (cirugía de carcinoma de mama)
- Actividades de formación continuada sobre detección y tratamiento del linfedema primario y secundario en Atención Primaria
- Actividades de formación al paciente, pasando a ser parte activa en su tratamiento: talleres de autovendaje, aplicación de kinesiotape.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/759 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0759

Título  
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Autores:  
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MARIN GASPAS ELENA MARIA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ, RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA, RAMON BUISAN ROSARIO, FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME, PISA MAÑAS JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: enfermedad del sistema linfático

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0759

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

El linfedema es una enfermedad crónica. En nuestro medio, el origen más frecuente es el neoplásico por carcinoma de mama en la mujer. La atención al linfedema en el Servicio de Rehabilitación, consiste en una intervención precoz, mediante educación sanitaria sobre autocuidados y ejercicios favoreciendo la movilidad articular. Se realiza una valoración sistemática del riesgo de desarrollar linfedema. En el caso de aparecer linfedema, se establece un plan terapéutico y un sistema reglado de acceso a la consulta. Es preciso para un buen manejo de esta patología, protocolizar y estructurar las intervenciones de prevención, tratamiento y seguimiento. Consideramos también necesario la elaboración de un protocolo de actuación unificado, porque nos permitirá la evaluación de la eficacia del tratamiento

#### RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se realiza en el Servicio de Rehabilitación, en pacientes diagnosticados de linfedema o susceptibles de padecerlo. Nuestros objetivos son:  
-Conseguir la uniformidad en la valoración clínica: anamnesis, exploración física, medición de miembro afecto (circometría), solicitud de pruebas diagnósticas y uso de escalas de valoración de linfedema  
-Obtener uniformidad de criterio diagnóstico e iniciar la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento según estadificación y postcirugía de linfedema  
-Establecer la periodicidad de las revisiones en el seguimiento del paciente

#### MÉTODO

-Elaboración del protocolo de manejo clínico del linfedema con la implantación de: una plantilla de recogida de datos, un algoritmo de tratamiento, y evaluación con escalas específicas que nos faciliten las decisiones terapéuticas y el seguimiento  
-Puesta en marcha del protocolo en nuestra actividad asistencial

#### INDICADORES

% de utilización de la plantilla de exploración física (dentro de la HC) en la que se recogen los datos más relevantes para comparar cambios evolutivos (valor por encima de 80%)  
% de cumplimiento del protocolo de tratamiento conservador del linfedema y tras cirugía (valor por encima de 80%)  
% de utilización de escalas de valoración de linfedema (valor por encima de 80%)

#### DURACIÓN

-Junio: elaboración del protocolo de valoración y tratamiento del linfedema  
-A partir de Julio creación y establecimiento en nuestra actividad asistencial con expectativa de implantarse como medida establecida  
-Diciembre: memoria y evaluación

#### 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 - 2018/0876

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ GONZALEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... BARBASTRO

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

CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA  
VELASCO GOMARA SOLEDAD  
SUELVES MONTES PILAR  
SUBIAS TRICAS MERCEDES  
SANMARTIN SATUE CONCEPCION  
PATIÑO GARCES MARIA CARMEN  
GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La patología del aparato locomotor, aguda o crónica, traumática, degenerativa o inflamatoria que se expresa como dolor, signos inflamatorios y/o limitación funcional es susceptible, en determinadas circunstancias, de tratamiento local mediante técnicas de infiltración. La infiltración consiste en la inyección, intra-articular o en elementos no articulares, de sustancias con efecto antiinflamatorio y analgésico que tratan de alcanzar efectos perecederos o definitivos en la mejoría de procesos que afectan al aparato locomotor.

Para evitar complicaciones derivadas de posibles infecciones derivadas de estas técnicas, hemos hecho una revisión bibliográfica y unificado criterios para la realización de las diversas técnicas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras una revisión bibliográfica se ha hecho un consenso de actuación para la realización de infiltraciones articulares y peri-articulares.

#### Normas de aplicación

- Realización por personal especializado y entrenado.
- Conocimiento anatómico de las estructuras articulares y de tejidos blandos a infiltrar.
- Elegir la vía de acceso más cómoda y segura, marcando si es preciso el punto de entrada.
- Tener siempre todo el material preparado antes de comenzar la técnica.
- Es recomendable realizar cualquier infiltración de forma ECOGUIADA para aumentar la eficacia y la seguridad de la misma.
- Rigurosa asepsia, que implica:
  - o Lavado de manos por parte de enfermería/auxiliares y médico.
  - o Asepsia de la zona a infiltrar, con alcohol 70° y/o con povidona yodada, utilizando gasas desechables.
  - o Guantes no estériles por parte de enfermería/auxiliares para manejo del material utilizado.
  - o Manipulación aséptica del material de infiltración y de la zona a infiltrar, utilizando guantes estériles y paños estériles de protección si es preciso.
  - o Cargar los fármacos con distinta aguja a la de la punción. Será el médico el que ayudado por enfermería/auxiliares realice la carga de la medicación.
  - o Elegir la aguja adecuada para cada articulación o tejido blando.
  - o En zonas muy dolorosas, anestesiarse previamente los planos superficiales o utilizar spray de cloreto.
  - o Introducir la aguja de manera suave, sin ejercer resistencias inesperadas a la introducción de la aguja.
  - o Si se está en cavidad articular, aspirar antes todo el líquido sinovial que pueda haber. Antes de inyectar el fármaco, cerciorarse mediante aspiración de que no se está en vía vascular. Si se filtra próximo a tejido nervioso, preguntar al paciente si nota parestesias o dolores lancinantes, para evitar lesionarlo.
  - o Administrar un volumen no superior al que admite cada articulación: aproximadamente 0.5 ml en articulaciones pequeñas; aproximadamente 3 ml en articulaciones medianas y aproximadamente 5-10 ml en articulaciones grandes.
  - o Tras la infiltración, retirar la aguja con cuidado y proteger con un apósito el punto de punción.
  - o Recomendar el reposo de la articulación durante las veinticuatro a cuarenta y ocho horas siguientes a la infiltración. Se recomienda además crioterapia local y analgesia habitual si presenta molestias locales.
  - o Atenerse a las indicaciones y contraindicaciones.

Se han registrado datos de las infiltraciones hechas en consulta con aplicación en el 97% de cada uno de los pasos anteriores. Las infiltraciones realizadas no han podido realizarse con ecografía dado que no contamos con ecógrafo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Viendo que los resultados de este proyecto son positivos, se pretende continuar su aplicación a todas las técnicas de infiltración articular y peri-articular de aparato locomotor.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0876

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/876 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0876

Título  
PROTOCOLO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Autores:  
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, VELASCO GOMARA SOLEDAD, SUELVES MONTES PILAR, SUBIAS TRICAS MERCEDES, SANMARTIN SATUE CONCEPCION, PATIÑO GARCES MARIA CARMEN, GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Vemos la necesidad de realizar un protocolo de infiltraciones intraarticulares ante la variabilidad de técnicas utilizadas desde la preparación del material, asepsia del campo y del material utilizado y las patologías tratadas.  
El objetivo es unificar criterios y evitar complicaciones graves.

RESULTADOS ESPERADOS  
Crear un protocolo en el que se especifique el material necesario, técnicas de asepsia, instauración de consentimiento informado escrito al paciente y evitar complicaciones derivadas de una incorrecta actuación.

MÉTODO  
crear un protocolo y hacerlo extensible a todo el Servicio de Rehabilitación (médicos y TCAE). Crear un consentimiento informado para el paciente.

INDICADORES  
- Realización de un consentimiento informado  
- Realización del protocolo y su puesta en marcha

DURACIÓN  
Inicio:1/6/2018  
Finalización: 31/12/2018

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 - 2018/0244

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL PESQUER VILAS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIQUERAS PLA CRISTINA  
MALO ASO ALEJANDRA  
MUR LASPALAS SARA  
OLIVAR ORTEGA LORENA  
MARTIN LOPEZ MIRIAN  
ROPERO MAIZ MARGARITA  
MC KINNEY ALBAR SINEAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 sesiones semanales en el servicio dirigidas al personal TCAE de la unidad. Tras cada sesión se adjunta la documentación del tema tratado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han podido establecer líneas comunes de trabajo.  
Se han adquirido los conocimientos básicos para desarrollar el trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es positiva por parte de docentes y participantes. Se ha tocado un amplio abanico de temas habituales en nuestra práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/244 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0244

Título  
ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Autores:  
PESQUER VILAS ISABEL, PIQUERAS PLA CRISTINA, MALO ASO ALEJANDRA, MUR LASPALAS SARA, OLIVAR ORTEGA LORENA, MARTIN LOPEZ MIRIAM, ROPERO MAIZ MARGARITA, MC KINNEY ALBAR SINEAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: CRÓNICOS COMPLEJOS  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La UCC es un servicio con poco más de un año de antigüedad que se pone en marcha desde cero, sin tener un conjunto básico de normas y rutinas de trabajo comunes. Hay que consensuar y organizar el trabajo diario y nos encontramos, por un lado, un grupo de TCAE con cierta experiencia laboral pero procedentes de servicios diversos y por otro lado, otro grupo con escasa experiencia hospitalaria. Entendemos pertinente este proyecto porque nos permite unificar criterios y ofrecer conocimientos con lo que pretendemos asentar una sólida base de trabajo en una línea común.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconocer el material básico para auxiliar a las enfermera en las técnicas básicas y toma de muestras.  
- Ser capaz de dar los cuidados necesarios a la diversidad de pacientes: apoyo en la alimentación a los

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0244

### 1. TÍTULO

#### ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

- pacientes con disfagia, practicar una higiene adecuada, prevención de lesiones por presión ...
- Actuación ante una PCR en planta y limpieza posterior de los materiales que se hayan utilizado (laringoscopio, ambú ...)
  - Necesidades especiales en los pacientes aislados. Conocer los distintos tipos de aislamientos.
  - Conocemos a nuestro paciente tipo: EPOC e IC

#### MÉTODO

Sesiones formativas semanales de 30 minutos de duración impartidas en el mismo servicio para que llegue al 100% de los trabajadores aunque estén en su jornada laboral.

#### INDICADORES

De cada sesión saldrá una pauta común de trabajo relativa al tema tratado.  
Se entregarán por escrito los contenidos de cada sesión a cada participante.  
Sensación percibida de mejora de conocimientos por parte de todo el equipo, lo que repercutirá en un trabajo más fluido y organizado y mejor aprovechamiento de recursos.

#### DURACIÓN

- 24 enero: Material básico para técnicas de enfermería: VP, SV y SNG
- 31 enero: Recogida de muestras: técnicas y recipientes
- 7 febrero: Toracocentesis, Paracentesis y Punción lumbar
- 14 febrero: Paciente con disfagia
- 21 febrero: Carro de paros. Actuación ante una PCR en planta
- 28 febrero: Productos de limpieza de material e higiene del paciente
- 7 marzo: Aislamientos
- 14 marzo: Limpieza del ambú
- 21 marzo: Fisiopatología básica del EPOC e IC
- 28 marzo: Material para cura de heridas

Una vez terminado el ciclo de sesiones, se hará una evaluación conjunta de los resultados obtenidos y se propondrán nuevas fechas si hiciera falta repasar algún tema o surgieran nuevas inquietudes formativas, siempre relacionadas con el paciente y las actividades de nuestro servicio.

#### 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 - 2016/1477

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BUISAN GIRAL  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BORDAS BUIL YOLANDA  
TORRES PEÑA ISABEL  
BENITO RUIZ BEATRIZ  
LORIENTE MARTINEZ CLARA  
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA  
EITO CUELLO JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA  
- Se han realizado 3 reuniones del grupo  
- Análisis de la situación en los EAP y urgencias (no se disponía de protocolos)  
- Reparto de las tres patologías seleccionadas entre los miembros del grupo  
- Actualización y envío a los coordinadores de los EAP y al servicio de urgencias del hospital el listado de medicamentos analgésicos disponibles en los botiquines de los EAP  
- Búsqueda y clasificación de la bibliografía  
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento. Además de bibliografía también se ha realizado el envío de boletines farmacoterapéuticos del ámbito del SNS en los que aparecen dichos algoritmos.  
- Se han establecido los criterios para la elaboración de la guía: escalas de abordaje del dolor, algoritmos de tratamiento farmacológico, líneas de abordaje, establecer los criterios para pasar de una línea a otra... Se concretará cuanto más mejor el fármaco a utilizar basándonos en criterios de eficacia, seguridad y eficiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
· Hasta el momento no se han alcanzado la totalidad de los objetivos propuestos, es necesario continuar con el proyecto en 2018, consolidando las reuniones y la coordinación entre AP y urgencias, tratando además de incorporar a otros servicios.

ACTIVIDADES PENDIENTES  
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento.  
- Elaborar protocolos consensuados entre AP y servicio de urgencias que puedan ser consultados y seguidos por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.  
- Difusión y formación en Centros de Salud y Hospital.  
  
- Posibilidad de editar una guía y trípticos para difusión y consulta  
- Posibilidad de incorporar al grupo a otras especialidades (2018).  
- Estudio de la posibilidad de incorporar unas indicaciones de derivación a fisioterapia (2018)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
· No se disponía de protocolos en los equipos de atención primaria y/o urgencias  
· Buena coordinación entre niveles asistenciales (AP - urgencias)  
· Reparto de tareas y responsabilidades entre los miembros del grupo de mejora

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1477 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1477

Título  
ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Autores:  
EITO CUELLO JUAN JOSE, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, BORDAS BUIL YOLANDA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

### 1. TÍTULO

#### ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

##### 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 .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia. Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas. Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.  
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.  
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

##### MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA  
Reparto de las tres patologías entre los miembros del grupo  
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

##### INDICADORES

- N° de centros con los protocolos implantados

##### DURACIÓN

Enero-diciembre 2017

##### 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 - 2018/0409

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE EITO CUELLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H BARBASTRO  
· Localidad ..... BARBASTRO  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ANADON ZULEMA  
AREVALO DURAN MONICA  
LORIENTE MARTINEZ CLARA  
BITRIAN DEL CACHO ANDRES  
PUJALA TORRALBA MARTA  
AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN  
CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Evaluación inicial: se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en las bases de datos médico científicas pubmed, embase, uptodate o crochane library así como se consultó la jurisprudencia en relación. De esta manera obtuvimos el punto de partida para evaluar nuestra situación actual e iniciar el camino de mejoras para conseguir nuestro objetivo en la adecuación de la solicitud de las pruebas de imagen.

Charlas-sesiones en el servicio: Se han realizado sesiones en el Servicio de Urgencias junto con el Servicio de Radiodiagnóstico (Dr Bitrian) para la difusión de los objetivos alcanzados y la correcta adecuación en el desempeño de la practica médica desde el Servicio de Urgencias y Radiología del Hospital de Barbastro.

Reunión, puntos comunes, peticiones, criterios mínimos y volantes: Se realizaron 3 reuniones ( 29/10, 10/12 y 21/12 de 2018). Los objetivos eran mejorar:

- La seguridad del paciente evitando la radiación innecesaria.
- El uso racional de los recursos (factor económico).
- No duplicar pruebas entre Atención Primaria y Especializada.
- Justificar dichas peticiones: identificar el médico que las solicita, el paciente, correcta justificación clínica, alergias del paciente, tratamiento actual ( imprescindible en caso de antidiabéticos orales si va a ser aplicado el contraste intravenoso en el trascurso de la prueba), aporte de pruebas complementarias como la función renal, existencia de estudios previos recientes.
- Adecuación del tipo de estudio según patología de sospecha para elegir el gold estándar en cada caso.
- Revisión de la cumplimentación de las pruebas de imagen solicitadas y si estas contenían los datos básicos así como correctos.

Todo esto se difundió mediante una charla explicativa así como en formato escrito, así como los casos donde debemos tener claro las pruebas que no deben ser solicitadas según patología.

Los responsables del proceso y la supervisión del mismo fueron: Jefes de Servicio de Urgencias Hospitalaria y Radiodiagnóstico, FEA Urgencias Hospitalarias y Radiología. Técnicos de radiodiagnóstico. Enfermería de ambos servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A partir de este proyecto de calidad de mejora hemos podido implementar los cambios necesarios para mejorar la seguridad de la petición de las pruebas de imagen desde el punto de vista de indicación/criterio médico/radioprotección del paciente.

Nuestros indicadores:

- N° Solicitudes adecuadas por diagnostico final/total de solicitudes.

Debido a la relevancia clínica y a la fiabilidad del diagnostico radiológico, proponemos como indicador las solicitudes de Angio-TC ante la sospecha clínica de TEP. Como fuentes de información hemos utilizado el RIS de Radiología, donde hemos extraído los datos: total de solicitudes, número de pruebas positivas para el diagnostico de TEP en el periodo Enero-Noviembre 2018.

Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de Angio-TC positivos ante la sospecha de TEP publicado en los últimos diez años, que establecen el intervalo de 20-26%.

Indicador: porcentaje de adecuación pruebas diagnósticas sospecha TEP: (N° pruebas positivas/total de solicitudes)X100; (39/181)X10=22%

- N° Solicitudes cumplimentadas correctamente/número total de solicitudes:

Hemos utilizado como indicador la radiografía de tórax por ser la exploración radiológica que más frecuentemente se realiza en los Servicios de Radiología.

Se analiza una muestra de las solicitudes de radiografía de tórax realizadas los fines de semana del mes de noviembre de 2018 (n=114) obtenidas del RIS del Servicio. Para considerar una solicitud correctamente indicada nos hemos basado en su Inclusión en la Guía de la Comisión Europea de Protección Radiológica 118 (disponible en los recursos de Radiología de nuestra intranet). Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de pruebas bien indicadas publicado en los últimos 10 años que establece el intervalo del 20-35% .

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Indicador: Porcentaje pruebas radiológicas correctamente indicadas: (Nº Solicitudes bien indicadas/número total de solicitudes)x100; (37/114)x100=32%.

- Evolución nº pruebas solicitadas comparadas con el año anterior.

Como fuente de información hemos utilizado el RIS de radiología: Indicador: nºTACs 2018 Enero- Noviembre - nº TACs 2017 Enero-Noviembre= 2065-1638=427 más en 23018.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Deseamos continuar con el Proyecto de Mejora que hemos iniciado para poder revisar la adecuación de la solicitud nuestras pruebas complementarias para garantizar la seguridad de nuestros pacientes y la mayor efectividad/eficiencia de las mismas, logrando acercarnos a los objetivos que existen dispuestos para los indicadores evaluados.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/409 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0409

Título  
GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Autores:  
EITO CUELLO JUAN JOSE, GARCIA ANADON ZULEMA, AREVALO DURAN MONICA, LORIENTE GARCIA CLARA, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, PUJALA TORRALBA MARTA, AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN, CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Hoy en día la realización de pruebas diagnósticas de imagen aumentan la demanda, siendo imprescindibles en la práctica clínica habitual. La variabilidad en la utilización y su solicitud puede indicar inadecuación. La sobre demanda asistencial, la dispersión geográfica y el acceso del Médico son factores que influyen en la toma de decisiones.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Revisar Conjuntamente desde Servicio de Urgencias y Servicio de Radiología las peticiones, indicaciones y el uso adecuado de las Pruebas de imagen. Elaborar un protocolo de uso adecuado, identificando y recomendando la técnica mas adecuada en casa caso, revisando las solicitudes para presentar unos criterios mínimos de justificación y calidad

#### MÉTODO

- 1.- Identificar problema - Evaluación Inicial -Revisión de Bibliografía por componentes.
- 2.- Charlas-Sesiones en Servicio tres anuales.
- 3.- Reunión puntos comunes, peticiones, criterios mínimos volantes
- 4.- Identificar Responsables proceso. Supervisión.
- 5.- Evaluar Final

#### INDICADORES

Nº solicitudes adecuadas por diagnostico final / total de solicitudes

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409**

**1. TÍTULO**

**GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS**

Nº solicitudes cumplimentadas correctamente con criterios minimos / numero total  
nº pruebas solicitadas período mismo año anterior, comparación

DURACIÓN  
del 1 de Junio del 2018 al 31 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 ..... :

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