

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

**Memorias de Proyectos seleccionados del CONTRATO PROGRAMA-2019**

*Número de memorias: 6 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:11:05 horas)*

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	F	29/01/2020	TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	F	28/01/2020	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	F	31/01/2020	ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC); LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2019_0009	F	29/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD FARMACIA ATENCION PRIMARIA	DE LUCAS BARQUERO ARIADNA	2018_0029	F	31/01/2020	GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS
CA	AP	DAP CALATAYUD UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI	2019_0046	S1	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	F	28/02/2020	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2019_0019	S1	07/01/2020	IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	F	30/01/2020	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP CALATAYUD  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

BUENO PASCUAL MARGARITA  
JUSTE SERAL MARIA DEL MAR  
JASO GRAU DOLORES  
HUERTAS BADOS LUISA  
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION  
DIEZ LOPEZ MARIA JOSE  
AYNAGA BERNAL JOSE ANTONIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### \* ACCIONES:

Se ha implementado la consulta de Telederma (TLD) en 3 centros de salud de nuestro Sector: Alhama de Aragón, Sabiñán y Daroca. El proceso ha sido el siguiente: en cada uno de estos Equipos se ha creado en OMI la agenda de POOL, TELEDERMA para citar a los usuarios del Centro de Salud y así poder generar la worklist para ByDicom. En la carpeta de "Lista de Especialidades Médicas de Interconsulta" de OMI-AP se ha creado la especialidad UNIDAD DE TELEDERMA, pues es allí en donde el Dermatólogo buscará, en su pestaña de "lista de pendientes" de HCE, el listado de pacientes derivados desde AP y poder contestar la derivación. BayDICOM es una funcionalidad online que permite la dicomización de cualquier tipo de imágenes y su posterior almacenamiento en el PACS para poder ser visualizado en la HCE. Desde el CGIPC, Noelia Sánchez, da el acceso al médico que va a hacer la telederma, pues sólo él tiene acceso a esta aplicación.

A éstos, se les dio una sesión formativa de todo el procedimiento y se pilotó in situ para verificar su correcto funcionamiento siendo supervisado en todo momento por Noelia Sánchez.

##### \* CRONOGRAMA:

- I Cuatrimestre: se contactó con los líderes de estos tres equipos y se les ofertó el proceso. Empezamos en Alhama de Aragón y se les dotó de un dermatoscopio modelo Handyscope. Tuvimos una reunión con la Dermatóloga de referencia para explicarle el proyecto y fue muy bien acogido.

- II Cuatrimestre: Se desplegó el proyecto en Sabiñán. Se les dotó de un dermatoscopio Dermlite Gen-Foto con cámara fotográfica.

- III Cuatrimestre: Se implementó en Daroca. Este equipo empezó tarde debido a un problema de abastecimiento de una cámara fotográfica adaptable al Dermlite Gen-Foto.

##### \* RECURSOS:

Dermatoscopio FotoFinder Handyscope: Alhama de Aragón  
Dermatoscopio Dermlite 3gen foto system: Sabiñán y Daroca

##### \* COMUNICACIÓN:

Los profesionales informaron a los pacientes del proyecto y estos firman un consentimiento informado para la toma de fotos.

\* MATERIAL DE APOYO: La DAP ha realizado un documento en donde se describen todos los pasos para la puesta en marcha de la telederma en los EAPs. Desde el CGIPC nos dieron un pequeño manual de usuario para Dicomizar estudios con BayDICOM (v.02.04.05) realizado por Bahia Software y que se les ha proporcionado a los responsables de la telederma.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Implementación del proyecto: Teníamos proyectado implementarlo en 4 equipos y debido a la falta de Capítulo VI, no pudimos comprar un nuevo dermatoscopio.

- Impacto del proyecto: Gran satisfacción por parte de los profesionales de los equipos. La Dermatóloga del hospital contesta y comenta activamente con los responsables las fotos de las lesiones que se le envían instruyéndoles en los tratamientos pertinentes. Los usuarios, según escucha activa de los profesionales, están muy satisfechos con este proceso.

##### - Indicadores:

• Número de interconsultas derivadas a la Unidad de Telederma desde enero a diciembre de 2019: 144 (Fuente: Servicio informática Hospital E.Lluch)

• % de equipos en donde se ha implantado de la consulta de tele dermatología: 3/10 (30%) Estándar 40% (Fuente: DAP)

• % de lesiones con sospecha de malignidad remitidas: 7/144 (4,86%). Estándar < 25%. (Fuente: Noelia Sánchez. CGIPC)

• % de interconsultas resueltas telemáticamente < 96 hs: 29/144 (20,14%) Estándar 90%. (Fuente: Noelia Sánchez. CGIPC)

##### - Investigación:

Se presentó en el XXXIX Congreso de SEMFYC, celebrado en Málaga, un Poster con defensa denominado "Impacto de la Tele dermatología en una consulta de Cirugía Menor" siendo los autores los mismos que hemos participado en este proyecto.

Producto de este proyecto, hemos presentado un curso de formación FOCUSS en telederma para este año.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo Directivo se ha desplazado a los equipos para explicar el procedimiento en los mismos, siendo muy bien recibido por todos los miembros. Tenemos pendiente continuar este año con el resto de equipos en caso de poder adquirir más dermatoscopios.
- Sostenibilidad del proyecto: En los ya implantados se va a mantener gracias a la gran aceptabilidad del mismo y a la colaboración del Servicio de Dermatología del Hospital E.Lluch.
- Dificultades/limitaciones: No hemos podido extraer datos de dos indicadores. La disminución en la lista de espera en Dermatología sufre una gran variabilidad debido a reducción de jornada de la dermatóloga. Tampoco hemos podido calcular, mediante encuestas, la satisfacción de los usuarios, de los MF y de la dermatóloga. Pero según opiniones y escucha activa de las partes implicadas, en general, ha sido alta. Por otra parte, la falta de Capítulo VI nos ha impedido adquirir otro dermatoscopio. Estos tres los adquirimos el pasado año. Ha habido un poco de confusión, a la hora de extraer los datos, entre las agendas de "Dermatología" y la de "Unidad de Telederma" dado que los pacientes han sido derivados indistintamente a ambas agendas y esto ha hecho que los datos, probablemente, hayan sido más restrictivos.
- Conclusiones:
  - \* La teledermatología es una herramienta bien aceptada por parte de los médicos, los especialistas y los usuarios.
  - \* La visualización de imágenes de lesiones dermatológicas en HCE, permite un valioso intercambio de información y método de aprendizaje entre el MF y el Servicio de Dermatología.
  - \* A lo largo de este año vamos a intentar desplegar dicho proyecto a otros equipos, pues ya nos lo están demandando.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1101 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1101

Título  
DERMATOSCOPIA EN AP

Autores:  
CODES GOMEZ JOSE, BUENO PASCUAL MARGARITA, BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La dermatoscopia es una herramienta diagnóstica especialmente indicada para el estudio de las lesiones pigmentadas de la piel con el objetivo fundamental de realizar un diagnóstico precoz del melanoma. Es una técnica muy ligada a la Cirugía Menor que se realiza en los Centros de Salud, pues ayuda a precisar mucho el diagnóstico de las lesiones dermatológicas y por lo tanto decidir sobre biopsiar o extirparlas en las mismas consultas. Con todo ello, el MF, gana capacitación y satisfacción del paciente al no tener que desplazarse al hospital. Con el plan de necesidades de este año se dotó a cada EAP de un dermatoscopio tipo DermLite III 3GEN.  
Tras un curso de dermatoscopia realizado en el Sector dado por la dermatóloga de nuestro hospital, se planteó la posibilidad de llevarlo a todos los equipos dado el éxito de participación y el número elevado de facultativos que no pudieron hacerlo y solicitaron continuar con dicha formación.  
Se trata de un objetivo que está en consonancia con el objetivo estratégico de fomentar las consultas monográficas del Departamento para el CP 2017.

RESULTADOS ESPERADOS  
La DAP potenciará y facilitará la formación en Dermatoscopia en todos los EAPs del Sector.

MÉTODO  
Acciones previstas:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1101

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Curso:

- 1 Sesión clínicas de 2 hora en cada EAP.
- 1 Taller de 2 hora en cada EAP.

Recursos:

- Dermatoscopio Dermlite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

- Nombre del indicador: Equipos del Sector formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de equipos formados en dermatoscopia / nº de equipos del sector
- Fuente de datos: Registro de las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 80% de los EAP del sector
- Límite inferior: 40% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Médicos formados en dermatoscopia
- Descripción: Número de MF formados en dermatoscopia/nº de MF del sector
- Fuente de datos: Registro de asistentes a las sesiones formativas
- Valor a alcanzar: 70% de los MF de cada EAP
- Límite inferior: 20% de los MF de cada EAP
- Límite superior: 100% de los MF de cada EAP

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

Responsables: J. Codes (MF - DAP) y Sonia de la Fuente (Dermatóloga HELL)

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

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 - 2018/0018

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE CODES GOMEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP CALATAYUD  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

BUENO PASCUAL MARGARITA  
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA  
BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI  
DIGON SANMARTIN LUIS  
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION  
ARTO LABORDA MARIA ANGELES  
ETAABOUDI SAMIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación: Se impartió el curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" dirigido a Médicos y enfermeros/as de Atención Primaria del sector Calatayud. La duración del curso fue de 2 horas lectivas. Se realizó 1 edición del curso el 01/10/2019. El curso consistió en la presentación de la información en formato Power Point y también se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.  
- El objetivo principal del curso es el de mejorar la prevención y la atención de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica  
- Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana, disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad y disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos. Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar los indicadores relacionados con ERC y los listados de pacientes.  
Al curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" asistieron 15 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP).  
- Seguimiento: Se hizo un corte en julio de 2019 de seguimiento de los indicadores.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### INDICADORES Y ESTÁNDARES

1.- Prevalencia de la ERC en usuarios de 18 a 80 años: (9%)  
- 2018=3%  
- 2019=3%

2.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación: (60%)  
- 2018=57,47%  
- 2019=54,13%

3.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)  
- 2018=49,29%  
- 2019=47,21%

4.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación: (50%)  
- 2018=21,7%  
- 2019=17%

5.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación: (50%)  
- Rango Normal: 2018=87,61%; 2019=26,57%  
- Rango Moderado: 2018=10,97%; 2019=72,06%  
- Rango Grave: 2018=1,4%; 2019=1,37%

6.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)  
- 2018=56,35%  
- 2019=54,44%

7.1.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA <140/90 y la albuminuria <30 mg/g (45%):  
- 2018=17,13%  
- 2019=4,18%

7.2.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA <130/80 y la albuminuria =30 mg/g (45%):  
- 2018=2,87%  
- 2019=6,27%

8.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)  
- 2018=76,94%  
- 2019=69,21%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 9.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)
- 2018=54,72%
  - 2019=50,85%
- 10.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)
- 2018=60,26%
  - 2019=52,61%
- 11.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)
- 2018=36,78%
  - 2019=30,66%
- 12.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 2018=28,61%
  - 2019=30,49%
- 13.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)
- 2018=24,35%
  - 2019=27,53%
- 14.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH-D3) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)
- 2018=10,69%
  - 2019=15,24%
- 15.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)
- 2018=8,35%
  - 2019=3,14%
- 16.- Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)
- 2018=465
  - 2019=395
- Periodos de evaluación:  
2018: De enero a diciembre  
2019: De enero a diciembre
- Impacto del proyecto: El proyecto fue bien acogido en los EAPs pues ha aumentado la sensibilidad hacia esta patología en los mismos.  
La prevalencia ha permanecido estable en los dos periodos de estudio.  
Los indicadores de cribado de la ERC (números 2 al 5) presentan una disminución del 2018 al 2019, no obstante en el indicador 5, el 61% de los pacientes pasan de estar en un rango normal de albuminuria a estar en moderado. Esta diferencia puede ser explicada a que desde mediados de 2019, se modificó en el laboratorio la cuantificación de la albuminuria, al pasar por un cribado previo.  
Los indicadores de evaluación y seguimiento (números 6 al 16) en los que mejores resultados se han obtenido son en la disminución de la progresión de la enfermedad renal (disminución de un 62%) y en la IR inducida por fármacos (triple Whammy) pues después de esta segunda intervención en 2019, se observó una reducción de 70 pacientes a nivel sector -15.05% (465 pacientes en enero de 2019 a 395 en enero de 2020). A este dato hay que añadir una reducción previa del 34% del año anterior.  
- Fuente y método de obtención: Para la obtención de los indicadores se elaboró un manual con la descripción de los mismos y los DGPs de OMI correspondientes. Se remitió al Servicio de Informática para su explotación.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo de mejora de este proyecto va a continuar analizando los datos y presentarlos en los EAPs a lo largo de 2020 dado que los tenemos desglosados para cada uno de ellos. Los miembros del equipo de mejora han presentado varias comunicaciones orales en diversos Congresos autonómicos y nacionales.
- Dificultades/limitaciones encontradas: La principal limitación que hemos tenido ha sido la explotación de los datos hasta que tuvimos un informático.
- Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación: el proyecto va a ser incorporado en nuestra cartera de servicios de sector.
- Conclusiones finales:
  - Buena aceptación del proyecto en los EAPs
  - Incorporación del proyecto a nuestra cartera de servicios.
- Publicación de resultados.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/18 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Nº de registro: 0018

Título  
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:  
CODES GOMEZ JOSE, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, ARTO LABORDA MARIA ANGELES, ETAABOUDI SAMIA, DIGON SANMARTIN LUIS, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología: Endocrino-metabolismo  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un importante problema de salud pública que puede afectar, en sus diferentes estadios, a cerca del 10 % de la población española. Supone una elevada morbimortalidad, así como un importante consumo de recursos al Sistema Nacional de Salud. En Aragón, el 8% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 64 años, sufren una ERC, siendo en este Sector el porcentaje un poco más elevado, el 9% en los hombres y el 5,6% en mujeres

RESULTADOS ESPERADOS  
1 Conocer la prevalencia de la ERC en el Sector en adultos entre 18 y 80 años de ambos sexos  
2 Aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana  
3 Disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad  
4 Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos  
5 Mejorar la continuidad asistencial de estos pacientes entre ambos niveles de AP/AE

MÉTODO  
ACCIONES  
1 Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI de ERC (CIAP U99)  
2 Confirmar el diagnóstico de ERC  
3 Evaluación y seguimiento de la ERC: Tensión Arterial, Albuminuria, Filtrado glomerular, HbA1c, LDL-colesterol, Metabolismo óseo-mineral (Ca, P, Vit.D)  
4 Valoración de la progresión de la ERC  
5 Revisión de pacientes con terapia triple Wammy

FORMACION:  
- Difusión por los EAPs del sector del proyecto  
- Sesiones clínicas de las GPC de ERC basadas en la evidencia  
INVESTIGACIÓN:  
- Elaboración de un estudio de investigación sobre la ERC por parte de los miembros del proyecto

RECURSOS:  
- Soporte informático y ofimático  
- Explotación del cuadro de mandos  
CAMBIOS PREVISTOS:  
- Conocimiento de la ERC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.  
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.  
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia  
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Nefrología del HELL y la AP

INDICADORES  
INDICADORES Y ESTÁNDARES  
1 Prevalencia de la ERC (9%)  
2 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (60%)  
3 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)  
4 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado la albuminuria en el periodo de evaluación (50%)  
5 % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación (50%)  
6 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0018

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

7 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA y la albuminuria (45%)  
8 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)  
9 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES que tienen una HbA1c = 7% en los últimos 6 meses (30%)  
10 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado un LDL-Colesterol en los últimos 12 meses (70%)  
11 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC que tienen un LDL-Colesterol < 100 mg/dl en los últimos 12 meses (44%)  
12 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de calcio en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)

3  
13 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de fósforo en sangre venosa en los últimos 12 meses (80%)  
14 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC a los que se les ha revisado los niveles de vitamina D (25-OH- D3 ) en sangre venosa en los últimos 12 meses (40%)  
15 % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una progresión de la enfermedad en los últimos 24 meses (<5%)  
16 Número de pacientes adultos con diagnóstico de ERC en los que se evidencia una triple terapia Wammy en el periodo de evaluación (<80%)

#### EVALUACIÓN

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

#### Estructura

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la ERC, participación, actividad del grupo del proyecto

#### Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

#### Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

#### DURACIÓN

##### I TRIMESTRE

- Formación del grupo de trabajo del proyecto

- Diseño del proceso

##### II TRIMESTRE

- Difusión del proyecto

- Sesiones formativas

- Despliegue

##### III TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores

##### IV TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados

- Evaluación final

#### 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 - 2018/0030

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA BUENO PASCUAL  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... DAP CALATAYUD  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CODES GOMEZ JOSE  
SOLANS PIQUERAS CARMEN  
GIL MOSTEO MARIA JOSE  
JUSTE SERAL MAR  
GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN  
LOZANO SERRANO AZUCENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación:

Sesiones de difusión del protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión (LPP) y heridas crónicas del Sector:

? C.S. Morata de Jalón (14/01/2019)  
? C.S. Ariza (22/01/2019)

En 2018 estas sesiones se realizaron en el resto de los equipos del Sector, completando así en 2019 la implementación del protocolo y reforzando los conocimientos en la prevención y tratamiento de las heridas crónicas. En las sesiones se recordaba también el correcto registro y codificación de los episodios en los planes personales OMI-AP.

Se impartió el taller "Diagnóstico diferencial, cuidados y tratamiento de lesiones de origen vascular en EEII". Taller con el código CA-0151/2019, dirigido a profesionales de enfermería de Atención Primaria, realizado el día 28/03/2019 y de dos horas lectivas de duración. En este taller fundamentalmente práctico los objetivos eran capacitar a los profesionales para realizar el diagnóstico diferencial de las lesiones vasculares (práctica de la técnica índice tobillo/brazo), actualizar los conocimientos en los cuidados y tratamiento de las heridas crónicas en EEII de origen vascular venoso (práctica del tratamiento con sistema de compresión multicapa) y reforzar el sistema de registro en OMI-AP, en relación al cuidado y tratamiento de las lesiones de origen vascular venoso.

Seguimiento: Se hizo un corte en julio de 2019 de seguimiento de los indicadores.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador:

% de EAPs en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, en el periodo de estudio (100%)  
Resultado = 100% de los EAPs

Indicador:

% de EAPs en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión y heridas crónicas (100%)  
Resultado = 100%

Indicador:

% de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)

Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 44,82 %

Indicador:

% de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales crónico complejo a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración en el periodo de estudio (80%)

Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 83,27 %

Indicador:

% de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de úlcera de miembros inferiores, excepto las de decúbito, en los que, mediante la exploración vascular, se identifiquen las úlceras que son venosas (60%)

Medición en julio de 2019 = 3,61 %

Medición a 31 de diciembre de 2019 = 3,58 %

Fuente/procedimiento: SQL Servicio informática Calatayud

Indicador:

% de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, sin signos de afectación arterial, que han sido tratados con terapia compresiva (40%).

Fuente/procedimiento: OMI-AP

El Servicio de Informática NO ha podido extraer este indicador por los siguientes motivos:

- En los episodios a estudio no se indica el código CIE-10 asociado, imprescindible para que aparezcan totalmente diferenciados los seis episodios que comparten el código S97 de la CIAP.

- Dificultad en localizar en la base de datos la información asociada a "tratamiento con terapia compresiva"

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

multicapa" dado que solo aparece esta actividad en el Plan Personal cuando hemos utilizado la codificación CIE-10.

Para la obtención de los datos de los indicadores propuestos, la DAP elaboró un manual con la descripción de los mismos y los DGPs de OMI correspondiente. Se remitió al Servicio de Informática para su explotación.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sobre las actividades en la consecución de objetivos en la primera parte del proyecto ha sido positiva, con una adecuada implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las heridas crónicas elaborado por la Comisión del Sector. Se han realizado todas las sesiones informativas propuestas sobre la gestión en nuestro Sector y en la Central de Compras y Logística, de los materiales de cura y productos sanitarios, que junto a los cursos y talleres impartidos para la correcta práctica en las curas, ha mejorado la atención a los pacientes con heridas crónicas.

**Dificultades y limitaciones encontradas:** La mayor dificultad ha sido la explotación de datos por un inadecuado registro y codificación de los episodios de deterioro de la integridad cutánea en EEII. El código CIAP S97 es compartido por cuatro episodios de úlcera vascular, con el episodio de las úlceras por presión y con el del pie diabético. Es imprescindible utilizar también la codificación CIE-10, para que queden totalmente diferenciados y aparezca en el Plan Personal las actividades correspondiente en cada episodio, esto exige un cuidado en el registro que no siempre se produce.

**Lección aprendida:** Es necesaria la formación continua tanto de la práctica asistencial como de los sistemas de registro en la historia clínica de OMI-AP. Nos encontramos con gran variabilidad en los conocimientos tanto de la práctica clínica como en el registro de las actividades.

**Sostenibilidad:** Mantendremos el sistema de formación continua y correcto registro de las heridas crónicas, analizando los datos para conocer la prevalencia según la etiología y valorar la indicación de terapia compresiva en las úlceras vasculares venosas (indicador pendiente de explotación de datos).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/30 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0030

#### Título

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRONICAS (HC): LESIONES POR PRESION (LPP), LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, SINDROME DEL PIE DIABETICO Y OTRAS

#### Autores:

BUENO PASCUAL MARGARITA, TORCAL AZNAR JAVIER, GARCIA TEJADA MARGARITA, JUSTE SERAL MARIA MAR, GIL MOSTEO MARIA JOSE, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, GIMENEZ CHAVARRIA CARMEN, LOZANO SERRA MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: HERDAS  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La cura de heridas crónicas es una de las tareas asistenciales que más recursos ocupan en la atención sanitaria, sobre todo para enfermería.

La prevalencia de las úlceras vasculares oscila entre el 0,10% - 0,30%, su incidencia es entre 3 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Destaca su alta cronicidad y recidiva, de las cuales entre el 40- 50% permanecerán activas entre seis meses y un año, y un 10% alcanzarán hasta los 5 años de evolución.

Las úlceras en el pie diabético son el principal factor de riesgo de pérdida de extremidad en estos pacientes y primera causa de amputación no traumática en el mundo, produciendo una gran carga personal, familiar y social y elevados costes económicos del sistema de salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0030

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC): LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS

##### RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer la prevalencia y etiología de las HC atendidas en AP del Sector Calatayud.
2. Difundir el programa de la logística interna y externa de los materiales sanitarios.
3. Implementar el protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC.
4. Aumentar el registro de los cuidados de enfermería de las HC en OMI-AP.
5. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan una HC y de su entorno familiar.
6. Disminuir el tiempo de cicatrización de la lesión.

##### MÉTODO

###### ACCIONES:

1. Formación de un grupo de trabajo integrado por profesionales de AP y AE.
2. Establecer el circuito reglado señalado en el proyecto Unidad de pie diabético en Aragón.
3. Planificar sesiones en todos los EAP, para la difusión informativa de la logística del material sanitario.
4. Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las HC.

###### CAMBIOS PREVISTOS:

1. Implementación del protocolo de prevención y tratamiento de las LPP y HC en el Sector.
3. Sensibilizar a los profesionales en la correcta práctica clínica y el uso óptimo de los recursos

##### INDICADORES

###### INDICADORES:

- % de EAP en los que se ha presentado el programa de la logística interna y externa del material necesario para la prestación de la asistencia sanitaria, del Sistema Aragonés de Salud, en el periodo de estudio (100%)
- % de EAP en los que se ha presentado el protocolo de prevención y tratamiento de LPP y HC del Sector, en el periodo de estudio (100%)
- % de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales y crónico complejos a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración, en el periodo de estudio (80%)
- % de pacientes con HC activas con registro en episodio de úlcera por decúbito (S97) o úlcera miembros inferiores, excepto las de decúbito (S97/707.1) (80%).
- % de pacientes con heridas crónicas en extremidades inferiores a los que se les ha realizado el diagnóstico diferencial según su etiología arterial o venosa (60%)
- % de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, que han sido tratados con terapia compresiva (40%)

###### EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017

###### Estructura:

Actividad del grupo de trabajo, sesiones formativas e informativas de difusión del protocolo.

###### Proceso:

Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.

###### Resultado:

Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

##### DURACIÓN

###### I° TRIMESTRE:

- Formación del grupo de trabajo.
- Sesiones informativas y de difusión del programa de logística del material sanitario

###### II° TRIMESTRE:

- Sesiones de formación en prevención y tratamiento de las LPP y HC.
- Implementación del protocolo de atención a las LPP y HC.

###### III° TRIMESTRE:

- Monitorización.

###### IV° TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias planteados.
- Evaluación final.

##### 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 - 2019/0009

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA BUENO PASCUAL  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... DAP CALATAYUD  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

CODES GOMEZ JOSE  
MARCEN MIRAVETE ANA  
BIERGE VALERO DAVID  
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE  
PEREZ SANZ EVA ANGELINA  
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA  
TURON ALCAINA JOSE MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACCIONES: Durante los días 23 y 24 de enero, en el Centro de Salud de Calatayud, los cardiólogos del HELL dieron el curso "Proceso asistencial en insuficiencia cardíaca. Puesta en marcha." (Código SCA-0041/2019). Asistieron un médico/a y una enfermero/a de cada EAP del Sector como referentes de dicho proceso en sus equipos. Se elaboró el listado de pacientes diagnosticados de IC (K77) para enviarlo a la espera de la puesta en marcha de dicho Proceso desde el Departamento. Los Cardiólogos del hospital mostraron su disponibilidad absoluta para iniciar sesiones clínicas conjuntas de casos clínicos.

CALENDARIO: Durante el primer cuatrimestre se ha dado la formación a los referentes. En este Sector elaboramos un Plan Personal (PP) en IC para que se activara en OMI al crear el diagnóstico. Este PP consta de varios protocolos: Sospecha de IC, analítica, informe EKG, informe ecocardiograma, AP-Seguimiento. Quedamos a la espera de la aprobación del proceso asistencial por parte del Departamento para continuar con el proyecto.

MATERIAL DE APOYO: A todos los presentes, se les entregó el documento del Proceso Asistencial Insuficiencia Cardíaca.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES: El 97,66% y el 94,74% de los pacientes diagnosticados de IC han pasado por las consultas de los Médicos y de las Enfermeras, respectivamente, superándose el objetivo planteado inicialmente (>80% y >85%). En enfermería, en relación al corte analizado en julio, ha habido un 1% más en el aumento de los contactos. El 12,6% de los pacientes ingresaron por el mismo motivo en julio y a final del periodo de evaluación, el 10,72%. No hemos podido evaluar el cuestionario de calidad de vida.  
Fuente: Servicio de informática Hospital Enest Lluçh

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El equipo inició el proyecto con ganas y motivado puesto que empezamos muy bien con el cronograma y la participación del sector. Tras su presentación, quedamos a la espera de la aprobación del proceso asistencial por parte del Departamento para continuar con el proyecto.
- Aspectos que han quedado pendientes: Su implementación.
- Lecciones aprendidas: Cuando empieces un proyecto, si depende de una estructura superior jerárquica, asegúrate de que haya sido aprobado previamente.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/9 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0009

Título  
IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCION PRIMARIA DE CALATAYUD

Autores:  
BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, MARCEN MIRAVETE ANA, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, PEREZ SANZ EVA ANGELINA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0009

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

##### TEMAS

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

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

##### PROBLEMA

La Insuficiencia Cardíaca (IC) constituye la fase terminal de numerosas enfermedades cardiovasculares y presenta una elevada mortalidad: 50% a los 5 años del diagnóstico (peor que la mayoría de los cánceres). Las hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca se van incrementando año tras año. Según el atlas de variaciones de la práctica clínica en hospitalizaciones evitables en pacientes crónicos, en 2015 constituyó la causa principal de hospitalizaciones evitables en Aragón. Actualmente es el primer motivo de hospitalización en mayores de 65 años, siendo responsable del 5% de todas las hospitalizaciones de nuestro país. En el Sector de Calatayud, según el Atlas VPM, la tasa estandarizada por edad y sexo de las admisiones por ICC por 10.000 habitantes mayores de 40 años en 2015 ha sido de 24,44 frente a la el Sector Zaragoza II 33,89 y Zaragoza III 19,29. Dada la participación de esta Dirección en la elaboración de un Proceso Asistencial en Insuficiencia Cardíaca (PAIC) junto con el Sector de Alcañiz, pretendemos implementarlo en todos los equipos del Sector.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Difundir e implementar un Proceso Asistencial de Insuficiencia Cardíaca (IC) en el Sector de Calatayud

##### MÉTODO

###### ACCIONES

-Nombrar en cada EAP un referente médico y un referente de enfermería en IC entre los propuestos por los coordinadores.  
-Elaborar un registro de los pacientes diagnosticados de IC (K77) en nuestro Sector

###### FORMACION:

- Formación de los referentes en el curso ya editado por el IAAP "PROCESO ASISTENCIAL EN INSUFICIENCIA CARDÍACA. PUESTA EN MARCHA" con el código SCA-0041/2019 .  
- Sesiones clínicas conjuntas AE/AP de casos clínicos

###### INVESTIGACIÓN:

- Proponer la elaboración de un estudio de investigación sobre la IC a los miembros del proyecto

###### RECURSOS:

- Soporte informático y ofimático

###### CAMBIOS PREVISTOS:

- Conocimiento de la IC y sus factores de riesgo como problema importante de morbimortalidad por parte de los profesionales del Sector.  
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes.  
- Mejorar la comunicación entre el Servicio de Cardiología y la AP

##### INDICADORES

###### INDICADORES:

1. Promedio de contactos de los pacientes diagnosticados de IC en consulta MF de AP
2. Promedio de contactos de los pacientes diagnosticados de IC en consulta de ENF de AP
3. Promedio de ingresos/año
4. Cuestionario de calidad de vida Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) en el primer contacto y al final

###### EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2019

###### Estructura

- Sesiones formativas, difusión del PAIC, participación, actividad del grupo del proyecto

###### Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

###### Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

##### DURACIÓN

###### I CUATRIMESTRE

- Nombramiento referentes del PAIC de cada EAP

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0009

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

- Formación referentes
- II CUATRIMESTRE
  - Difusión del proyecto por parte de los referentes en los EAPs
  - Despliegue
- IV CUATRIMESTRE
  - Monitorización. Cortes de indicadores
  - Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados
  - Evaluación final

#### 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 - 2018/0029

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ARIADNA DE LUCAS BARQUERO  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... DAP CALATAYUD  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BUENO PASCUAL MARGARITA  
CODES GOMEZ JOSE  
COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS  
SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN  
SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
· Constitución Grupo de Trabajo a nivel sector:

El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis". El Grupo de Trabajo está formado por un equipo multidisciplinar en el que participan la Dirección médica y de enfermería del sector de Calatayud, un reumatólogo del Hospital Ernest LLuch, una enfermera A.P, un médico de familia A.P y la farmacéutica de A.P del sector de Calatayud.

· Reuniones:

Se han realizado 4 reuniones en las siguientes fechas 01/02/2018, 20/03/2018, 05/09/2018, 13/09/2018.

En estas reuniones se ha debatido la pertinencia del proyecto, se han planteado objetivos y repartido para el desarrollo de forma individual por los miembros del grupo de trabajo y, para su posterior puesta en común. Además, se ha desarrollado el curso, publicado por el IAAP, para formar a los profesionales sanitarios del sector de Calatayud en cuanto al manejo de la osteoporosis en A.P.

· Formación:

Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso (6 horas en total) entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018.

Para ello, el Grupo de Trabajo realizó la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas y artículos de revisión de la literatura sobre Osteoporosis. Posteriormente, elaboró una presentación en Power Point con el objetivo principal de identificar los factores de riesgo de Osteoporosis y fractura y su prevención. Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: identificar pacientes con Osteoporosis (en las siguientes situaciones: mujeres postmenopáusicas, varones mayores de 65 años, OP inducida por glucocorticoides, OP secundarias), conocer el tratamiento más adecuado en cada una de dichas situaciones, mejorar la cumplimentación y adherencia al tratamiento de los pacientes, evitar el uso de fármacos sin criterios de tratamiento y reducir la iatrogenia.

Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar el indicador de osteoporosis y el listado de pacientes. Además, se recomendó realizar consulta intervirtual al reumatólogo del hospital si estimaran oportuna la deprescripción o el cambio de algún fármaco antiosteoporótico. También se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

Al curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" (6 ediciones) se inscribieron 65 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP), asistiendo al curso 61 alumnos (93.8 % asistencia).

En 2019, se estimó que no era necesario volver a realizar una acción formativa.

· Otras actividades:

El Grupo de Trabajo llevó a cabo el reparto de objetivos de forma individual, siendo este el siguiente:

-Introducción: José Codes

-Clínica y diagnóstico: Carmen Sanz y José Codes

-Medidas preventivas: Margarita Bueno y Carmen Santamaría

-Tratamiento: Juan Carlos Cobeta y Ariadna de Lucas

De forma individual, tras la revisión de diversas Guías de Práctica Clínica y otros documentos sobre



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Osteoporosis, se redactó y envió a la coordinadora del Grupo de Trabajo los puntos mencionados anteriormente.

- Cumplimiento del calendario:

El calendario marcado y el cumplimiento fue el siguiente:

En 2018 (1er año)

##### Iº TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto: El 01/02/2018 queda constituido en la primera reunión el Grupo de Trabajo para el Proyecto de "Gestión clínica de la osteoporosis".
- Diseño del proceso: En la segunda reunión del Grupo de Trabajo el 20/03/2018 se muestra la propuesta de diseño del proyecto de OP y se reparten los objetivos.

##### IIº TRIMESTRE

- Difusión del proyecto: En la Comisión de Dirección realizada el 27/06/2018, a la que asistieron los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP del sector, se informó acerca del proyecto de OP así como de las actividades formativas que se llevarían a cabo.
- Sesiones formativas: Se impartió el curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria" dirigido a Médicos, farmacéuticos y enfermeros/as de Atención Primaria. La duración del curso fue de 1 hora lectiva. Se realizaron 6 ediciones del curso entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018 (tercer trimestre).
- Despliegue: Posteriormente a la realización del curso de "Actualización en el Manejo de la Osteoporosis en Atención Primaria", en los EAP del sector de Calatayud se han llevado a cabo sesiones para difundir los conceptos adquiridos durante el curso al resto de los profesionales de los EAP que no pudieron acudir al curso.

##### IIIº TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores: En diciembre de 2018, se solicitaron los cortes de los indicadores al IACS. En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" (incluido en el proyecto), se realizó un seguimiento cuyo resultado trataremos en el siguiente punto de la memoria.

##### IVº TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados: A lo largo del 2018, el Grupo de Trabajo detectó que el indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contemplaba los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación. El Grupo de Trabajo deja pendiente analizar estos datos en 2019.

En 2019 (2º año)

En septiembre de 2019, se solicitaron al informático de sector los cortes de enero-agosto 2019 de los indicadores y se analizaron. A principios de enero de 2020, se volvieron a solicitar los datos correspondientes al corte de enero-diciembre 2019.

Una vez extraídos todos los datos de los indicadores se ha procedido al análisis y a la obtención de conclusiones que analizamos en los próximos puntos de la memoria.

### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La intervención formativa a nivel sector se realizó entre el 17/09/2018 y el 27/10/2018, por ello, se han explotado y analizado los datos de los indicadores en 2 periodos: preintervención y postintervención

Todos los datos que se exponen a continuación se refieren al sector Calatayud (población, nº pacientes...). Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)  
"Prevalencia estimada de OP ambos sexos"  
Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación.  
Numerador: N° de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) y algún registro en el último año.  
Denominador: Población asignada (TIS) entre 40 y 85 años de edad.  
Fuente: OMI-AP y BDU  
-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): 2614/25649\*100=10.19%  
-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): 2548/25412\*100=10.03%

2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)  
"Prevalencia estimada de OP en mujeres entre 40 y 65 años"  
Definición: % de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación.  
Numerador: N° de mujeres entre 40 y 65 años con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) y algún registro en el último año.  
Denominador: Población mujeres asignada (TIS) entre 40 y 65 años de edad.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fuente: OMI-AP y BDU

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018):  $733/7831*100=9.36\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019):  $710/7643*100=9.29\%$

3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Revisión índice FRAX"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro del índice de FRAX en el periodo de evaluación

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tengan registrado en el protocolo "AP-ADULTO OSTEOPOROSIS" el índice de FRAX en el periodo de evaluación

Denominador: Número de pacientes entre 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y BDU

-Resultados: No se ha podido realizar la extracción de datos de este indicador puesto que no existe un DGP índice FRAX y, a pesar de que los facultativos pueden registrar este dato en OMI-AP no se puede explotar ni analizar.

4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Revisión densidad mineral ósea (DMO)"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro del resultado de la densitometría en el periodo de evaluación

Numerador: Pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tienen registrado el resultado de la densitometría mediante el DGP "TSCOREC", "TSCOREL" ó ambos en el periodo de estudio.

Denominador: Todos los pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018):  $92/2614*100=3.52\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019):  $95/2548*100=3.73\%$

5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)

"Valor de la DMO"

Definición: % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro que valore el resultado de la densitometría en el periodo de evaluación

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con episodio abierto de osteoporosis (L95) que tienen valorada la prueba de interpretación T Score mediante el DGP "FRESUDMO" en el periodo de evaluación

-con el valor 'Osteopenia'

-con el valor 'Osteoporosis'

-con el valor 'Normal'

Denominador: Número de pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018):

-valorado DMO:  $113/2614*100= 4.32\%$

-con el valor 'Osteopenia':  $38/2614*100= 1.45\%$

-con el valor 'Osteoporosis':  $58/2614*100= 2.22\%$

-con el valor 'Normal':  $17/2614*100= 0.65\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019):

-valorado DMO:  $101/2548*100= 3.96\%$

-con el valor 'Osteopenia':  $36/2548*100= 1.41\%$

-con el valor 'Osteoporosis':  $55/2548*100= 2.16\%$

-con el valor 'Normal':  $10/2548*100= 0.39\%$

6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)

"Mujeres entre 40 y 65 años con tratamiento para la OP"

Definición: % de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen algún fármaco para el tratamiento de los OP en el periodo de evaluación.

Numerador: Número de mujeres entre 40 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis con prescripción activa de fármacos para la osteoporosis [ácido etidróico (M05BA01) o ácido alendróico (M05BA04) o ácido ibandróico (M05BA06) o ácido risedróico (M05BA07) o ácido alendróico asociado a colecalciferol (M05BB03) o bazedoxifeno (G03XC01) o, raloxifeno (G03XC02) o teriparatida (H05AA02) o ranelato de estroncio (M05BX03) o denosumab (M05BX04)] en el periodo de evaluación.

Denominador: Número de pacientes 40 y 65 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018):  $270/733*100=36.83\%$

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019):  $263/710*100=37.04\%$

En el periodo preintervención se prescribieron: 58 ácido alendróico, 27 ácido alendróico + colecalciferol, 40 bazedoxifeno, 136 denosumab, 22 ácido ibandróico, 6 raloxifeno, 7 ácido risedróico, 1 teriparatida.

En el periodo postintervención se prescribieron: 68 ácido alendróico, 23 ácido alendróico + colecalciferol, 36 bazedoxifeno, 142 denosumab, 15 ácido ibandróico, 7 raloxifeno, 10 ácido risedróico, 2 teriparatida.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Este indicador es una adaptación del indicador que aparece en CM Farmacia, el cual es el siguiente:

"Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años":

Objetivo: Conocer el porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis.

Finalidad: Evitar la utilización de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años que no cumplan criterios de tratamiento.

Periodo a analizar: Prescripciones activas en la fecha de estudio.

Numerador: CIA distintos [de mujeres entre 40-65 años y con prescripción activa de fármacos para la osteoporosis [ácido etidróico (M05BA01) o ácido alendróico (M05BA04) o ácido ibandróico (M05BA06) o ácido risedróico (M05BA07) o ácido alendróico asociado a colecalciferol (M05BB03) o bazedoxifeno (G03XC01) o, raloxifeno (G03XC02) o teriparatida (H05AA02) o ranelato de estroncio (M05BX03) o denosumab (M05BX04)]].

Denominador: CIA distintos de mujeres entre 40-65 años en un cupo (Fuente BDU).

El valor ideal del indicador sería tendente al 0%. Los rangos se establecerán en función de los percentiles de los CIAS de Aragón.

Limitación: No contempla las situaciones clínicas individuales donde a pesar de las recomendaciones generales podría estar indicado en uso de fármacos en mujeres menores de 65 años. En este sentido, la justificación expuesta es válida para mujeres que no hayan tenido fracturas previas, ni otras circunstancias patológicas (tratamiento con corticoides, enfermedades reumáticas, hiperparatiroidismo, etc).

En cuanto al indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años", adaptado en el proyecto como "% de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación", se ha realizado un seguimiento mensual y anual de este indicador (informando continuamente a los MAP), obteniéndose a nivel de sector los siguientes resultados:

-Corte enero 2018: 3.89% (303 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.796 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2019: 3.79% (299 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.890 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

-Corte enero 2020: 3.53% (279 mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP/ 7.895 mujeres de 40 a 65 años en cupo en el sector de Calatayud).

El rango máximo-mínimo indicado en el Cuadro de mandos de Farmacia es 2,34% (mínimo) y 0,75% (máximo), siendo lo ideal alcanzar el 0%. El Sector de Calatayud se encuentra fuera de rango en este indicador en el Cuadro de Mandos de Farmacia y tampoco se alcanza el estándar marcado en el proyecto el cual era obtener un resultado <1.78%. A pesar de ello, se observa un descenso en los dos últimos años del número de mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis que no cumplen criterios para estar en tratamiento de OP, siendo 24 paciente menos que en 2018.

El indicador de OP del Cuadro de Mandos de Farmacia denominado "Uso de fármacos para la osteoporosis en mujeres de 40 a 65 años" no contempla los factores mayores y menores en su fórmula, lo cual es una limitación ya que el indicador puede dar como resultado mujeres de 40 a 65 años en tratamiento con fármacos para la OP que en principio no cumplen criterios de tratamiento pero que en realidad cumplen factores de riesgo mayores y/o menores por lo que si deben de estar con tratamiento.

Se concluye que encontrándose o no dentro de rango en este indicador, lo importante es la revisión del listado de pacientes que no cumplen criterios (numerador) y no el porcentaje en sí ya que va a variar en función de la población a estudio, y tomar medidas en cuanto a la deprescripción de tratamientos antiosteoporóticos en caso de que el facultativo lo estime necesario.

7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

"Población diagnosticada de OP y tratamiento prolongado de corticoides"

Definición: % de población entre 40 y 85 años con diagnóstico de OP (L95) y tratamiento prolongado con corticoesteroides (glucocorticoides).

Numerador: Número de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis con prescripción activa de fármacos glucocorticoides (H02AB) [Betametasona (H02AB01) o Deflazacort (H02AB13) o Dexametasona (H02AB02) o Hidrocortisona (H02AB09) o Metilprednisolona (H02AB04) o Prednisolona (H02AB06) o Prednisona (H02AB07) o Triamcinolona (H02AB08)] en el periodo de evaluación.

Denominador: Número de pacientes 40 y 85 años de edad con episodio abierto de OSTEOPOROSIS (L95) en el periodo de evaluación.

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

-Resultado preintervención (01/10/2017-31/09/2018): 4/2614\*100=0.15%

-Resultado postintervención (01/10/2018-30/09/2019): 2/2548\*100=0.08%

En el periodo preintervención se prescribieron 1 betametasona y 3 deflazacort y en el periodo postintervención se prescribieron 2 deflazacort.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas: El trabajo realizado ha sido satisfactorio. El equipo de mejora de este proyecto va a continuar analizando los datos y realizando intervenciones en el sector si lo estimara oportuno.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Dificultades/limitaciones encontradas: La principal limitación que hemos tenido ha sido la explotación de los datos, ya que algunos de ellos no se han podido obtener como el índice FRAX.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación: Este proyecto se puede hacer extensible al resto de sectores.

Conclusiones finales:

- Buena aceptación del proyecto en los EAPs
- Actualización formativa de los profesionales del sector en manejo de paciente con osteoporosis.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/29 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0029

Título  
GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Autores:  
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, BUENO PASCUAL MARGARITA, CODES GOMEZ JOSE, COBETA MUÑOZ JUAN CARLOS, SANZ SEBASTIAN MARIA CARMEN, SANTAMARIA VALGAÑON MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La Osteoporosis (OP), factor de riesgo para sufrir fracturas por fragilidad, representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a las repercusiones sociosanitarias y económicas que supone. Tras un análisis de la situación detectamos que el Sector de Calatayud es el que tiene un mayor porcentaje de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos (prescripción activa) para la OP de todo Aragón (3,8%/1,78%, existiendo, además, una gran variabilidad entre los EAPs. Económicamente, las prescripciones activas de fármacos para la OP supuso en el Sector de Calatayud el 2,64% del gasto total del Sector. Desconocemos datos sobre el tratamiento de la OP en otros grupos de población (rangos de edad, sexo)

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Identificar la población con riesgo incrementado de fracturas por fragilidad
2. Conocer la prevalencia de la OP en adultos entre 40 y 85 años de ambos sexos
3. Conocer la prevalencia de la OP en mujeres postmenopáusicas
4. Conocer la prevalencia de OP en pacientes con tratamiento prolongado de corticoides orales
5. Conocer la prevalencia de la OP densitométrica
6. Disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos
7. Mejorar la continuidad asistencial entre ambos niveles de AP/AE
8. Evitar la utilización de fármacos para la OP en pacientes que no cumplan criterios de tratamiento
9. Educación para la salud en OP: caídas, fracturas y fragilidad

#### MÉTODO

##### ACCIONES

1. Elaborar un listado de pacientes con episodio abierto en OMI-AP de OP (CIAP L95)
2. Revisión del índice FRAX en pacientes con diagnóstico de OP
3. Revisión DMO en pacientes con diagnóstico de OP
6. Revisión de pacientes con prescripción activa de fármacos para la OP
7. Revisión y análisis del tratamiento para la OP de los pacientes de 40 a 65 años que no cumplen criterios (n=303)
5. Revisión y actualización del protocolo de OP de OMI-AP

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0029

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

8. Análisis cuantitativo de fármacos para la OP en el sector

##### FORMACION

- Difusión por los EAPs del sector del proyecto.
- Sesiones clínicas difundiendo las GPC de OP basadas en la evidencia
- Educación para la salud: Reunión/sesión con pacientes con OP

##### INVESTIGACIÓN

- Elaboración de un estudio de investigación sobre la OP por parte de los miembros del proyecto

##### RECURSOS

- Soporte informático y ofimático
- Explotación del CM-Farmacia y OMI-AP

##### CAMBIOS PREVISTOS

- Conocimiento de la OP y sus factores de riesgo por parte de los profesionales del Sector
- Adquirir conocimientos, actitudes y aptitudes de los profesionales para mejorar la atención de estos pacientes
- Sensibilizar a la población y a los profesionales sobre el uso de la polifarmacia
- Mejorar la comunicación entre AE y la AP

##### INDICADORES

##### INDICADORES

1. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (8%)
2. % de mujeres entre 45 y 65 años con diagnóstico de osteoporosis que tienen un registro en el periodo de evaluación (18%)
3. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado el índice FRAX en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
4. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis a las que se les ha valorado la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
5. % de pacientes entre 40 y 85 años con diagnóstico de osteoporosis que tengan valorado el rango de la DMO en el periodo de evaluación (IDEAL 100%)
6. % de mujeres entre 40 y 65 años en tratamiento con fármacos para la osteoporosis en el periodo de evaluación (<1.78%)
7. % de pacientes entre 40 y 85 años diagnosticados de OP y tratamiento prolongado de corticoides orales en el periodo de evaluación (<50%)

##### EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

##### Estructura:

- Sesiones formativas, difusión de la GPC de la OP, participación, actividad del grupo del proyecto

##### Proceso:

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

##### Resultado:

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

##### DURACIÓN

##### I° TRIMESTRE

- Constitución del grupo de trabajo del proyecto
- Diseño del proceso

##### II° TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue

##### III° TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores.

##### IV° TRIMESTRE

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados.
- Evaluación final

##### 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 - 2018/0029**

**1. TÍTULO**

**GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS**

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... WAFI BEN CHEIKH EL AAYUNI  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP CALATAYUD  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL  
· Sector ..... CALATAYUD

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

BUENO PASCUAL MARGARITA  
DE LUCAS BARQUERO ARIADNA  
CLEMENTE SALA ESPERANZA  
PONCE LAZARO MARIA JOSEFA  
PEREZ TORNOS MARIA CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el un grupo de esterilización con fecha del 28/02/2019, este grupo incluye Técnico de Salud de AP, Directora de Enfermería de AP, Farmacéutico de AP, TCAE C.S Calatayud Norte, Higienista dental C.S Calatayud y la Responsable de Esterilización Hospital Ernest Lluch.

Se celebraron 4 reuniones en las siguientes fechas: 28/02/2019, 27/08/2019, 30/08/2019 y 27/09/2019, para elaborar el procedimiento de limpieza, desinfección y esterilización. Actualmente disponemos del procedimiento pendiente de la aprobación del propio grupo y de la comisión de Gestión Clínica y calidad asistencial en Atención Primaria. De forma paralela, se celebró un curso de formación de 2 horas de duración: "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud" dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP, el 16/09/2019 de 13:00-15:00 (9 alumnos), realizamos un curso similar el 20/11/2018 (14 alumnos), asegurando la formación a todos los responsables de los equipos incluidas las dos higienistas de la USBD. No obstante, la realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP no se realizó aplazando dicha formación después de la aprobación del procedimiento durante 2020.

El objetivo general del curso fue actualizar los conocimientos del proceso de limpieza, desinfección y esterilización en Atención Primaria.

Los objetivos específicos fueron:

Primero: adquirir habilidades para realizar la limpieza de los materiales sanitarios de forma correcta y segura, la desinfección de los materiales sanitarios semi-críticos o críticos, y la esterilización de los materiales sanitarios en los Miniclaves de vapor de los centros de salud.

Segundo: adquirir conocimiento y habilidades para el control de proceso de esterilización.

El Sector de Calatayud incluye 10 EAP, los equipos de Atención Primaria de Calatayud Norte y Calatayud Sur comparten el mismo esterilizador (ubicados en el mismo edificio), junto a la USBD (Unidad de salud Bucodental) que dispone de 2 esterilizadores uno en cada consulta. En total, en el Sector, hay 11 esterilizadores. Todos proporcionan exclusivamente ciclos de tipo B. Realizamos 9 auditorías del proceso de esterilización en todos los centros de salud a la excepción del EAP de Daroca.

Los centros auditados son: Alhama de Aragón(19/12/19), Ariza (29/11/19), Ateca (29/11/19), Calatayud Norte/Sur (21/01/20), 2 Consultas de Odontología de la USBD (21/01/20), Illueca (15/11/19), Morata de Jalón (15/11/19), Saviñan (15/11/19) y Villarroya de La Sierra (17/01/2020).

Los puntos principales auditados fueron:

1. Proceso de limpieza: disponibilidad del material necesario (bateas, Cubeta de tamaño adecuado, Agua corriente, detergente enzimático, cepillo de cerdas de nylon, papel para el secado), y el cumplimiento de las técnicas de limpieza (diluir el detergente enzimático, retirar los restos macroscópicos de materia orgánica, sumergir, cepillar, aclarar, secar, inspeccionar y empaquetar).

2. Esterilización: Preparación del autoclave, envasado de los materiales, realizar el Test de Bowie & Dick, cargar el autoclave, descargar el autoclave, controles de calidad y registros del proceso de esterilización.

3. Almacenaje, distribución y transporte de instrumentos.

La duración de las auditorías fue de 30 min a 60 min dependiendo del grado de implementación del proceso de esterilización.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

? Porcentaje de Auditoría del proceso de esterilización por centro de salud: límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%

Realizamos 9 auditorías (que incluyen 8 centros de salud y la USBD, el equipo de Daroca no fue auditado, lo programamos para el año 2020) que incluyen 10 esterilizadores, siendo el 90% de los centros.

? Porcentaje de centros de salud en los que se realizan los procedimientos de forma correcta. Límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%

Consideramos que un equipo está realizando los procedimientos de limpieza y esterilización de forma correcta si cumplen como mínimo estos criterios:

- Proceso de limpieza:

Disponer de los materiales necesarios para la limpieza y utilización de los equipos de protección personal.

Seguir los pasos correctos de limpieza recogidos en el procedimiento (enjuagar bajo el chorro de agua fría, diluir el detergente enzimático siguiendo las indicaciones del fabricante, sumergir el instrumento el tiempo recomendado, cepillar, aclarar, secar, inspeccionar visualmente).

- Proceso de esterilización:



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Realizar de forma correcta el empaquetado de los instrumentos, la preparación del autoclave, realización de la prueba de Bowie-Dick, cargar el autoclave, descargar el autoclave, interpretación de los resultados de los controles de calidad y cumplimentación de los registros de control de carga.

El check-List de la auditoría recoge de forma más detallada cada uno de los puntos anteriormente mencionados.

Las principales desviaciones registradas fueron:

1. Se evidencia la utilización de material abrasivo para la limpieza de los instrumentos en el 50% de los equipos, y que algunos profesionales cepillan los instrumentos antes de sumergirlos en el detergente lo que maximiza la aerosolización de los microorganismos.

2. Se evidencia que no se respeta las indicaciones del fabricante para la dilución del detergente enzimático, por ejemplo: dilución del detergente con días de antelación (10%), utilizar un desinfectante de alto nivel para la limpieza de los instrumentos (20%), utilización de detergente caducado (10%), el remojo prolongado 100%.

En el 20 % de los esterilizadores no se puede imprimir los parámetros físicos de control del proceso (temperatura, presión y tiempo) por falta de impresoras. En el 30% de los esterilizadores no se realizan la prueba de Bowie-Dick por desconocimiento de los profesionales responsables de esterilización (incorporación nueva o porque no asistieron al curso).

? Porcentaje centros de salud que realizan correctamente los controles de calidad del procedimiento de esterilización: Límites superior e inferior: 40-100%; valor a alcanzar: 60%

Disponer de los registros de control de carga que deben recoger los siguientes datos: fecha y número de ciclo, los resultados de los controles físicos impresos de cada ciclo, de los indicadores químicos externos, de la prueba de Bowie-Dick, de los integradores químicos (todos grapado en la misma hoja), y del indicador Biológico (la etiqueta pegada en la misma hoja).

El 100 % de los equipos disponen de registros de carga (60 % utilizan el formato nuevo). El 80% de los equipos no indican el número de ciclo (suelen realizar un ciclo a la semana), a la excepción a Calatayud Norte/Sur y en la USB.

En el 80 % de los esterilizadores disponen de controles de parámetros físicos impresos, presión. En el 70% de los esterilizadores se realizan la prueba de Bowie-Dick. En el 100% se realiza el indicador biológico semanalmente, a la excepción de algunos equipos lo realizan cuando tienen ciclos (1 ciclo cada quince días debido al poco volumen de instrumentos).

? Porcentaje de sesiones formativas impartidas en los EAPs: las sesiones de formativas no se realizaron, se han programada para el 2020, en forma de curso-taller de dos horas que serán impartidas en cada equipo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo de mejora valora de forma positiva las actividades realizadas; la formación a nivel de los responsables de esterilización y la realización de las auditorías que nos ha permitido valorar el grado de cumplimiento de los procedimientos detectando las diferentes desviaciones que nos permitirá la adaptación del curso-taller que se va realizar en 2020. Este último es uno de los aspectos que quedaron pendientes, además de, la aprobación del procedimiento y la adquisición de 2 impresoras para poder disponer de controles de parámetros físicos impresos. La probabilidad de replicación en otros sectores es alta.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/46 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0046

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

Autores:  
BEN CHEIKH EL AAYUNI Wafa, BUENO PASCUAL MARGARITA, DE LUCAS BARQUERO ARIADNA, CLEMENTE SALA ESPERANZA, PONCE LAZARO MARIA JOSEFA, LAYUS ABAD MARIA CRISTINA, PEREZ TORNOS MARIA CARMEN, BERNAL TORRES MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Indicadores de desinversión ("no hacer")  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0046

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD

##### PROBLEMA

Desde el año 2014, la Dirección de Atención Primaria del Sector, ha puesto en marcha acciones de mejora para resolver las incidencias detectadas en las auditorías internas y externas del SGC ISO 9001:2008 relacionadas con los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario. La implantación del mantenimiento preventivo anual de todos los esterilizadores, la impartición de sesiones formativas a los responsables de esterilización y la dotación de todos los centros de un esterilizador clase B fueron algunas de las acciones de mejora realizadas. No obstante, la necesidad de un plan integral de mejora es imprescindible para unificar los procedimientos y mejorar la formación y capacitación de los profesionales responsables de esterilización.

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal:

Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en AP a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario.

Objetivos específicos:

1. Unificar los procesos de limpieza, desinfección y esterilización en el sector.
2. Mejorar la capacitación de los profesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos.

##### MÉTODO

1. Crear un grupo de esterilización en Atención Primaria que integrará la técnico de salud como coordinadora del grupo, la supervisora de la central de esterilización del Hospital Ernest Lluch, una higienista, una auxiliare de enfermería y dos enfermeras.
2. Elaboración el procedimiento de limpieza desinfección y esterilización
3. Difusión del procedimientos: realización de un curso de 2 horas de duración: "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria sector Calatayud" dirigido a los responsables de esterilización de cada EAP
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora

##### INDICADORES

1. Porcentaje de sesiones formativas impartidas en los EAPs: límites superior e inferior: 80-100% ; valor a alcanzar: 90%
2. Porcentaje de Auditoría del proceso de esterilización por centro de salud: límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
3. Porcentaje de centros de salud en los que se realizan los procedimientos de forma correcta. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%
4. Porcentaje centros de salud que realizan correctamente los controles de calidad del procedimiento de esterilización. : límites superior e inferior: 40-100% ; valor a alcanzar: 60%

##### DURACIÓN

1. Creación del Grupo de trabajo de esterilización -->febrero 2019
2. Elaboración el procedimiento --> febrero 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
3. Curso "Procesos de desinfección y esterilización en Atención Primaria Sector Calatayud" --> febrero - marzo 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
4. Realización de sesión formativa por parte de los responsables de esterilización en sus respectivos EAP (10 sesiones en total). Abril - junio 2019, responsables: responsables de esterilización que han recibido el curso anteriormente mencionado
5. Realizar una auditoría del proceso de esterilización por centro de salud (10 auditorías en total) --> Septiembre - octubre 2019, responsable: Grupo de trabajo de esterilización
6. Evaluación del informe global de las auditorías y puesta en marcha de las acciones de mejora --> octubre - diciembre 2019: DAP del sector

##### 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 - 2018/1207

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA ORTIZ ENCISO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CARNICERO GIMENO LAURA  
ALONSO SALAS REBECA  
MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO  
JUDEZ LEGARISTI DIEGO  
PEREZ PASCUAL LETICIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo consensuado entre los miembros del Servicio de Anestesiología de acuerdo a las recomendaciones que prescribe la Sociedad Española de Anestesiología. Dicho protocolo se comunicó a los responsables de los diferentes servicios quirúrgicos, y se difundió a sus diferentes miembros; siendo la adherencia a él de mayor relevancia en los servicios de Oftalmología y Ginecología. Se incluyeron como pacientes diana aquellos menores de 45 años para la no realización de electrocardiograma; y los menores de 60 años para la no realización de radiografía de tórax, además de todos los pacientes de Oftalmología, a los cuales no se les realizó la radiografía sin discriminación de edad.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se contabilizaron los pacientes visitados en la consulta de Anestesia durante los periodos de 2018 y 2019, siendo unas cifras muy similares. Se calculó la tasa de electrocardiogramas realizados en pacientes menores de 45 años de edad en ambos periodos, contabilizando el número de pacientes visitados de esa franja de edad y el número de pruebas realizadas a los mismos, obteniendo una reducción del 30,4% en el año 2019 respecto al año anterior. Se calculó la tasa de radiografías de tórax realizadas en pacientes menores de 60 años de edad en los años 2018 y 2019, obteniendo una reducción de unas 200 pruebas menos, lo que supone una disminución del 27,4% respecto al año 2018.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de un protocolo sencillo nos ha aportado la reducción de la realización de pruebas no necesarias, lo que disminuye los tiempos de espera para estas pruebas para otros pacientes, disminuye la sobrecarga de trabajo al servicio de radiología, resulta una disminución del coste económico del proceso preoperatorio; y lo que es más importante, reduce la iatrogenia sobre el paciente evitando pruebas innecesarias. Queda pendiente la aplicación generalizada de este proyecto a todos los servicios quirúrgicos del hospital, y su difusión de manera gráfica sencilla para que pueda estar al alcance de todo el personal. En un futuro, podemos valorar su aplicación en caso de cirugías urgentes según tipo de pacientes. Se trata de un proyecto que debe seguir siendo aplicado en el tiempo por los beneficios que aporta, y que debe quedar integrado en el circuito del paciente quirúrgico.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1207 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1207

Título  
OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Autores:  
ORTIZ ENCISO MARTA, CARNICERO GIMENO LAURA, ALONSO SALAS REBECA, MOLODEZKY HORTT MAURICIO ALEJANDRO, JUDEZ LEGARISTI DIEGO, PEREZ PASCUAL LETICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1207

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Patología quirúrgica  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La generalización del protocolo preoperatorio para todos los pacientes conlleva la realización innecesaria de muchas pruebas complementarias.  
Es necesaria la elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio, de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Anestesiología, adecuado a la edad y comorbilidad el paciente programado para cirugía electiva, con el consiguiente ahorro de recursos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir la solicitud de pruebas complementarias en el preoperatorio.  
-Alivio de la sobrecarga de los servicios de Cardiología, Laboratorio y Radiología, disminuyendo la lista de espera de estas pruebas, del servicio que los realiza y de los facultativos que los informan.  
-Disminuir la yatrogenia sobre el paciente, disminuyendo la realización de pruebas radiológicas innecesarias.

#### MÉTODO

- Elaboración del protocolo por los miembros del servicio de Anestesiología, de acuerdo a la edad, comorbilidad del paciente tipo de cirugía programada.  
- Puesta en común con los responsables de los distintos servicios quirúrgicos del hospital.  
- Difusión de manera gráfica y sencilla para facilitar la adherencia al protocolo por los distintos servicios quirúrgicos del hospital.

#### INDICADORES

- % de disminución del tiempo de espera para la realización de pruebas radiológicas, electrocardiograma y laboratorio.  
- % de disminución del número de pruebas solicitadas respecto al ejercicio actual.

#### DURACIÓN

Junio 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 - 2019/0019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GARCIA AGUIRRE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

URIARTE PINTO MOISES  
RODRIGO PEREZ MARIA MAR  
CARNICERO GIMENO LAURA  
GUTIERREZ CATALAN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Difusión e implantación de los protocolos aprobados por la dirección del centro, sobre preparación y mantenimiento de los carros de RCP y circuito de actuación ante una parada cardiorespiratoria en el hospital.  
- Desarrollar un programa formativo basado en:  
. Dotar a los profesionales de conocimientos necesarios para afrontar con resolución las situaciones de RCP  
. Capacitar a los profesionales para ejecutar maniobras específicas y adecuadas en pacientes con alteraciones de la salud relacionadas con situaciones de parada cardiorespiratoria  
. Revisar las últimas modificaciones aprobadas por el consejo español de rcp y el european resuscitation council en relación con el SPB

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1:

% de profesionales de enfermería de la unidad que han realizado actividad formativa

Nº de profesionales de enfermería de la unidad que realizan la actividad formativa /  
Total de profesionales de enfermería de la unidad donde se realiza la actividad formativa x 100  
 $55/60 \times 100 = 91.6\%$

Indicador 2:

% Carros de PCR correctamente revisados según procedimiento

Nº de carros con revisiones correctamente realizadas /  
Total de carros disponibles excepto unidad de pediatría x 100  
 $3/3 \times 100 = 100\%$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han realizado 3 actividades formativas exitosas en 3 unidades de hospitalización.  
Durante el año 2020 se pretende continuar con este plan formativo extendiéndolo a otras 3 unidades actualizando a su vez los documentos de revisión y mantenimiento de carros y maletines de urgencia hospitalaria.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/19 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0019

Título  
IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Autores:  
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR, URIARTE PINTO MOISES, RODRIGO PEREZ MARIA MAR, CARNICERO GIMENO LAURA, GUTIERREZ CATALAN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología .....: Enfermedades del sistema circulatorio

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La incidencia de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR) es aproximadamente del 1-5%, con una supervivencia al alta del 20%(1)  
Los primeros minutos son los más valiosos en resucitación, de tal manera que cada minuto de retraso disminuye el 8-10% las posibilidades de supervivencia.  
La realización de la Reanimación cardiopulmonar (RCP) precoz, es una responsabilidad del hospital, que debe crear y mantener un plan de respuesta coordinada y multidisciplinaria para su atención.  
El personal de enfermería suele ser el que en primer lugar y en más ocasiones se enfrenta a situaciones de reconocimiento de una PCR, y, en muchas ocasiones, otros trabajadores (auxiliares de enfermería, celadores administrativos,...) podrán estar en el escenario de una PCR, por lo que todos ellos deberían ser conocedores del algoritmo a seguir ante toda PCR que se produzca en este hospital además de poseer unos conocimientos teóricos y unas destrezas prácticas que le hagan ser capaces de iniciar y mantener unas maniobras de RCP hasta la llegada del personal facultativo responsable.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un protocolo común de RCP en el hospital para responder a la parada cardíaca de forma rápida y eficaz, y así mejorar la supervivencia.
- Establecer un circuito de llamada al personal facultativo que se hará cargo de las maniobras de RCP avanzada considerando posibles situaciones en las que pudieran tener que actuar distintos profesionales.
- Aportar los conocimientos teóricos necesarios, así como las habilidades prácticas tanto para la identificación y detección de signos y síntomas que preceden a una PCR como para la resolución de la PCR mediante maniobras de RCP con el material real del que se dispone en cada servicio
- Promover un registro de paradas cardíacas intrahospitalarias que permita conocer los resultados y corregir las deficiencias detectadas
- Desarrollar un programa de formación y entrenamiento periódico en RCP para el personal sanitario y no sanitario del hospital

#### MÉTODO

- Difundir e implantar los protocolos aprobados por la dirección del Hospital Ernest LLuch, sobre preparación y mantenimiento de los carros de parada cardíaca y circuito de actuación ante una parada cardiorrespiratoria en el hospital.
- Desarrollar un programa formativo basado en:
  - Dotar a los profesionales de los conocimientos necesarios para afrontar con resolución las situaciones de parada cardiorrespiratoria.
  - Capacitar a los profesionales para ejecutar maniobras específicas y adecuadas, en pacientes con alteraciones de la salud relacionadas con situaciones de parada cardiorrespiratoria.
  - Conocer y desarrollar gestos terapéuticos básicos para ofrecer una respuesta positiva, activa y adecuada en situaciones de emergencia individual.
  - Revisar las últimas modificaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council en relación con el Soporte Vital Básico

#### INDICADORES

##### FICHA INDICADOR 1

Nombre del indicador 1: Formación en soporte vital básico (SVB)  
Área del indicador: Todo el hospital exceptuando el área de pediatría  
Fórmula: N° de profesionales formados  
Población: Profesionales dependientes de la dirección del centro  
Tipo de indicador: Proceso  
Fuente de datos: Unidad de formación continuada del Sector  
Responsable de la medición: Unidad de formación continuada del Sector  
Periodicidad de la medición: Anual  
Estándar: 40-50 profesionales

##### FICHA INDICADOR 2

Nombre del indicador 2: Carros de PCR correctamente revisados  
Área del indicador: Hospitalización de adultos  
Fórmula: N° de carros con revisiones correctamente realizadas/  
N° total de carros existentes  
Población: Unidades de enfermería con carros de PCR  
Tipo de indicador: Proceso  
Fuente de datos: Registro de revisión del carro de PCR

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO

Responsable de la medición:Unidad de Calidad  
Periodicidad de la medición:Anual  
Estándar:100%

##### FICHA INDICADOR 3

Nombre del indicador 3:Paciente adulto que ha sufrido una parada cardio-respiratoria  
Área del indicador:Todo el hospital excepto área de pediatría  
Fórmula:Nº de pacientes adultos que han sufrido una PCR/  
Total de pacientes adultos ingresados  
Población:Total de pacientes ingresados en el hospital  
Criterio de exclusión:Pacientes con prescripción médica de no reanimar, Pacientes que manifiestan su deseo de no recibir RCP (instrucciones previas) y pacientes en los que la PCR es un episodio esperado inevitable en el curso de una enfermedad terminal.  
Tipo de indicador:Proceso  
Fuente de datos:Historia Clínica del paciente (registro de parada cardiaca)  
Responsable de la medición:Unidad de Calidad  
Periodicidad de la medición:Anual  
Estándar:1-5 por cada 1000 ingresos.

##### DURACIÓN

- Primer trimestre 2019: Elaboración y aprobación de protocolo
- Segundo trimestre 2019: Difusión y formación de profesionales mediante tres actividades formativas
- Tercer trimestre 2019: Evaluación de resultados

##### OBSERVACIONES

El enfoque principal de este proyecto se encuentra garantizar la continuidad asistencial y la fluidez entre niveles, servicios e instituciones, buscando la optimización de las redes asistenciales y monitorizar los procesos y los resultados

##### 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 - 2018/0672

### 1. TÍTULO

#### AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA CATALAN LADRON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES BERGARECHE IGNACIO  
DE FERNANDO GROS TERESA  
MONTESA LOU CRISTINA  
MUÑOZ JACOBO SERGIO  
IBÁÑEZ PEREZ DE VIÑASPRE JOSE ANTONIO  
RECIO JIMENEZ ENRIQUE  
URDAZ HERNANDEZ MARTHA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- EN REUNION DEL SERVICIO DE FEBRERO SE INFORMA A MIEMBROS DEL MISMO DE LOS RESULTADOS INFORMADOS DEL PROYECTO Y DE LA NECESIDAD DE UTILIZAR LA ECO EN LOS PROCESOS SELECCIONADOS Y DE HACERLO CONSTAR EN LA Hª CLINICA
- DADO QUE EN LOS RESULTADOS DEL EJERCICIO ANTERIOR CONSTATAMOS QUE ALGUNOS SONDAJES LOS REALIZÓ ENFERMERIA QUE NO ESTABA FORMADA EN ECO.
- ACORDAMOS QUE EN TODO PACIENTE CON MOTIVO DE CONSULTA EN TRIAJE POR RAO SE LE REALIZARÍA ECO PREVIA.
- CONTANDO CON EL APOYO DE LA SUPERVISION DE URGENCIAS SE HA REALIZADO FORMACION PERSONALIZADA A L PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA TECNICA.
- AUNQUE CON RETRASO POR MOTIVOS AJENOS AL SERVICIO SE REALIZÓ LA PEQUEÑA REFORMA EN LA SALA DDE REANIMACIÓN PARA UBICAR EL ECOGRAFO Y EVITAR DESPLAZAMIENTOS INNECERARIOS CON RIESGO DE AVERÍA DE LAS SONDAS.
- EN FEBRERO TUVIMOS PROBLEMAS CON LA PANTALLA DEL ECOGRAFO QUE CONSEGUIMOS NOS REPARARA LA FIRMA RESPONSABLE
- 
- EN LA REUNIÓN DE MARZO ACORDAMOS COLOCAR UN LIBRO DE REGISTRO DONDE SE COLOCARIA UNA PEGATINA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AL QUE SE LE REALIZABA LA TECNICA TANTO EN RAO COMO EN PARACENTESIS ECODIRIGIDA, SOLICITANDO EL COMPROMISO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO IMPLICADOS EN LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS PARA REALIZAR EVALUACIÓN AL FINAL DEL TRIMESTRE.
- CON FECHA 30 DE MAYO SE INCORPORAN 9 FACULTATIVOS AL SERVICIO CON PLAZA EN PROPIEDAD DE LOS CUALES 5 PROVIENEN DE OTROS HOSPIATLES Y NO UTILIZAN HABITUALMEENTE LA ECOGRAFIA. SE LES INFORMA DEL PROYECTO Y SE SOLICITA AL DR RECIO, MIEMBRO DEL SERVICIO CON MAYOR NIVEL DE FORMACION LA INSTRUCCIÓN A SUS COMPAÑEROS Y. ASIMISMO AL RESTO DE FACULTATIVOS QUE LO VENIAN REALIZANDO DE LA IMPORTACIA DE COLABORAR A ESTABLECER LA ECO COMO RECURSO ORDINARIO.
- EN EL CURSO QUE SE REALIZA EN JUNIO PARA LOS RESIDENTES DE NUEVA INCORPORACION SE INCLUYE EL MANEJO BÁSICO DEL ECOGRAFO Y LA REALIZACION DE ECO-FAST EN URGENCIAS.
- EN LA REUNION DE JULIO SE INFORMA DE LOS RESULTADOS DEL TRIMESTRE Y SE RECUERDA EL COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO Y FORMACIÓN CONTINUADA. EN LA VALORACION DE RESULTADOS SE CONTABILIZARON LOS PACIENTES CON MOTIVO DE CONSULTA EN EL TRIAJE POR RAO Y ASCITIS, EXCLUYENDO LOS QUE NO CUMPLIAN REQUISITOS SEGÚN CONFIRMACIÓN DE DIAGNOSTICO DE ALTA.
- EN OCTUBRE ABANDONAN EL SERVICIO 3 FACULTATIVOS POR DIFERENTES MOTIVOS Y SE INCORPORAN 2 EN NOVIEMBRE Y EL ULTIMO A 1 DE DICIEMBRE, 2 DE ELLOS CON FORMACION EN ECOGRAFÍA BÁSICA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

· % DE FACULTATIVOS CON FORMACION EN ECOSCOPIA EN URGENCIAS : 90,90

PACIENTES A LOS QUE SE REALIZÓ COMPROBACIÓN DE GLOBO VESICAL PREVIO AL SONDAJE: 93,75%.

REALIZACION DE PARACENTESIS ECODIRIGIDA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HEMOS COMPROBADO LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES CON LA FORMACION EN LA TECNICA DE LA ECOSCOPIA-ECOGRAFIA.

HEMOS INCORPORADO TALLERES DE FORMACIÓ SEMESTRALES Y SI NO FUERA POSIBLE AL MENOS ANUALES COMO REQUISITO DE BASE.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

### 1. TÍTULO

#### AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

QUEDA PENDIENTE ESTABLECER LA FORMACION DE TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA COMO PARTE DE SU FORMACIÓN BASE AL INCORPORARSE AL INCORPORARSE AL SERVICIO DE URGENCIAS.

ESTAMOS PLANTEANDONOS OTROS PROYECTOS DE APLICACIÓN DE LA TECNICA

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/672 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0672

Título  
AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE ECOGRAFIA

Autores:  
CATALAN LADRON MARIA LUISA, ANDRES BERGARECHE IGNACIO, DE FERNANDO GROS TERESA, MONTESA LOU CRISTINA, MUÑOZ JACOBO SERGIO, POVEDA SERRANO PILAR, RECIO JIMENEZ ENRIQUE, URDAZ HERNANDEZ MARTHA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
La Ecografía es una de las técnicas de diagnóstico por imagen más accesibles para el médico y más segura para el paciente por su inocuidad. La disponibilidad de equipos portátiles y el establecimiento de protocolos dirigidos a homogeneizar exploraciones en escenarios concretos, para disminuir la variabilidad interoperador, ha demostrado efectividad y eficiencia en pacientes agudos, urgentes y críticos. En un contexto clínico específico, la ecografía obtiene información relevante, de forma rápida, no invasiva y reproducible, define alteraciones anatómicas y funcionales potencialmente críticas y facilita la realización de técnicas y procedimientos.  
En nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un equipo de ecografía desde 2012 y en aquel momento se formó a todo el personal del Servicio para su manejo en el paciente urgente- crítico.  
Dado los múltiples cambios en la plantilla en el momento actual la formación de los médicos del Servicio es heterogénea, por lo que creemos necesario y conveniente realizar formación reglada para toda la plantilla a lo largo de este ejercicio.  
Por otro lado y para aumentar el rendimiento del equipo y a la vez realizar prácticas seguras nos hemos planteado el iniciar su utilización de forma reglada para realización de procedimientos como la confirmación de globo vesical previo al sondaje uretral y la realización de las paracentesis ecoguiadas.

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Desarrollar el conocimiento sobre la utilidad, efectividad y eficiencia de la ecografía clínica aplicada a pacientes con patología aguda, urgente y crítica.
- Desarrollar las habilidades técnicas básicas para la utilización de equipos ecográficos, conocer las imágenes y artefactos fundamentales y identificar con ecografía patologías frecuentes en medicina de urgencias
- Centrar los objetivos de la valoración clínico-ecográfica en las siguientes áreas:  
La ayuda ecoguiada en procedimientos frecuentes

**MÉTODO**  
- Formación en Ecografía básica a todos los facultativos del servicio, e iniciar a los médicos residentes y enfermería:  
La formación dará las competencias básicas al alumno para conocer:

- el funcionamiento básico de un ecógrafo.
- las imágenes fundamentales en ecografía.
- la anatomía ecográfica de los órganos abdominales y torácicos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0672

### 1. TÍTULO

#### AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA

- objetivar la presencia de liquido / sangre dentro del abdomen y/o en el pericardio.
  - la presencia de líquido o aire en el espacio pleural.
  - Identificación de cavidades cardiacas y la aplicación de protocolos clínicos ecográficos para la detección de alteraciones cardiocirculatorias de forma rápida y reproducible.
  - técnicas de punción con ayuda ecográfica de vasos y otros procedimientos
- Establecer la rutina de su uso en el sondaje vesical y realización de paracentesis.  
-Establecer criterios comunes de como plasmar en la H° Clinica los hallazgos ecoscópicos

#### INDICADORES

Nº de profesionales formados en Ecografía de urgencias > 80%  
Confirmación de globo vesical previo al sondaje 90%  
Realización de paracentesis Ecodirigida en pacientes susceptibles > 90%

#### DURACIÓN

- Programar Cursos de Formación en Ecografía Básica en Junio y si fuera necesario repetir en Septiembre.  
- Elaborar documentos de rutina en ambos procedimientos, Junio-18  
-Elaborar instrucciones de como informar los hallazgos, Junio-18 Ecoscopicos  
Valoración provisional cumplimiento en Septiembre-18  
valoración resultados en Enero-19

#### 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 ..... :

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