GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

## Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

*Número de memorias: 154 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

## Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HU | AMB | USM INFANTO JUVENIL HUESCA | MATEO VALLS ISABEL | 2019_1116 | F | 31/01/2020 | CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL |
| HU | AP | CS ALMUDEVAR | BLANCO GIMENO VERONICA | 2018_0734 | S1 | 07/01/2020 | APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA |
| HU | AP | CS ALMUDEVAR | CAMPOS AVELLANA MARIA DEL CARMEN | 2018_0849 | S2 | 10/01/2020 | VIVIR BAILANDO |
| HU | AP | CS ALMUDEVAR | SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR | 2019_0379 | S1 | 31/01/2020 | MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS |
| HU | AP | CS ALMUDEVAR | LAFUENTE ARIÑO EVA | 2019_0545 | F | 15/01/2020 | PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR |
| HU | AP | CS AYERBE | PEREZ GAMAZO VANESSA | 2019_0068 | F | 20/01/2020 | PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE |
| HU | AP | CS BERDUN | FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER | 2019_0163 | F | 29/01/2020 | TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD |
| HU | AP | CS BERDUN | BAZTAN OLLETA LAURA | 2019_0870 | F | 16/01/2020 | OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL |
| HU | AP | CS BIESCAS-VALLE DE TENA | CLAVER GARCIA PAULA | 2019_0327 | F | 10/01/2020 | PASEOS SALUDABLES |
| HU | AP | CS BIESCAS-VALLE DE TENA | CARRES PIERA MARTA | 2019_0409 | F | 10/01/2020 | MAPA: IMPLANTACIÓN Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL |
| HU | AP | CS BROTO | DE LOPE ROMEO MARIA | 2018_1069 | S2 | 31/01/2020 | BAXANDO T'A ESCUELA |
| HU | AP | CS BROTO | TORRERO BESCOS YOLANDA | 2019_1428 | S1 | 31/01/2020 | MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO |
| HU | AP | CS GRAÑEN | CABAÑUZ LATORRE MERCEDES | 2019_0652 | F | 20/01/2020 | ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES |
| HU | AP | CS GRAÑEN | QUINTANA VELASCO CARMEN | 2019_1403 | F | 31/01/2020 | MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA |
| HU | AP | CS HECHO | MONTON AGUARON NOELIA | 2019_0134 | F | 14/01/2020 | MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL C.S. DE HECHO |
| HU | AP | CS HUESCA RURAL | MERIZ RUBIO JULIA | 2018_0774 | S2 | 24/01/2020 | REALIZACION DE UN MAPA A TODOS LOS PACIENTES CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL ALTA (140/90 MMHG) EN CONSULTA Y AUTOCONTROLES NORMALES |
| HU | AP | CS HUESCA RURAL | LABARTA PASCUAL MARIANO | 2018_1001 | S2 | 27/02/2020 | DIAGNOSTICO DE MEJORA EN EPOC EN EL CENTRO DE SALUD HUESCA RURAL |
| HU | AP | CS HUESCA RURAL | DELGADO BAVAI PALOMA | 2019_1153 | S1 | 28/02/2020 | PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA |
| HU | AP | CS JACA<br>OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP | ESCANILLA SAMPER MARIA PILAR | 2019_0130 | F | 15/01/2020 | TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION |
| HU | AP | CS JACA<br>SALUD BUCODENTAL | OTO CONDON NOEMI | 2019_0176 | F | 24/01/2020 | PROGRAMA DE SALUD BUCO - DENTAL EN LA EMBARAZADA |
| HU | AP | CS PERPETUO SOCORRO | PARDOS MARTINEZ LUIS CARLOS | 2018_1504 | S2 | 29/01/2020 | "ESTA SI QUE ES UNA SALA DE ESPERA QUE MOLA". PROCESO DE PARTICIPACION PARA LA MEJORA DE LA SALA DE ESPERA PEDIATRICA DEL CS PERPETUO SOCORRO |
| HU | AP | CS PERPETUO SOCORRO | VELILLA ALONSO TERESA | 2019_1399 | F | 31/01/2020 | ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA |
| HU | AP | CS PERPETUO SOCORRO<br>OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP | SANCHEZ MOLINA MARIA PILAR | 2018_1169 | F | 30/01/2020 | FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD |
| HU | AP | CS PIRINEOS | CASTILLON FANTOVA ANTONIO | 2018_0770 | S2 | 03/01/2020 | INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY |
| HU | AP | CS PIRINEOS | ELFAU GRACIA MARIA LAURA | 2019_1198 | F | 17/01/2020 | TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO |
| HU | AP | CS PIRINEOS<br>HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA | ALAYETO GASTON MARIAN | 2019_0032 | F | 17/01/2020 | DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE PARA EL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO |
| HU | AP | CS PIRINEOS<br>SALUD BUCODENTAL | RIVERO GRACIA YOLANDA | 2019_1328 | F | 31/01/2020 | TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE |

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

## Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

*Número de memorias: 154 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

## Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HU | AP | CS SABIÑANIGO | CANO SANCHEZ MARGARITA | 2019_0473 | F | 13/01/2020 | INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS-DNP |
| HU | AP | CS SABIÑANIGO | GOMEZ TAFALLA BLANCA | 2019_0492 | S1 | 15/01/2020 | LA SALUD VISITA EL COLE |
| HU | AP | CS SABIÑANIGO | RIO ABARCA TERESA | 2019_0978 | S1 | 22/02/2020 | CORAZÓN EN FORMA |
| HU | AP | CS SANTO GRIAL | DE JUAN ASENJO JOSE RAMON | 2018_0586 | S2 | 26/02/2020 | DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA |
| HU | AP | CS SANTO GRIAL | DOSTE LARRULL DIVINA | 2018_0721 | F | 31/01/2020 | MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA |
| HU | AP | CS SANTO GRIAL | ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS | 2019_0149 | S1 | 13/01/2020 | OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA |
| HU | AP | CS SANTO GRIAL | PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA | 2019_0627 | F | 24/01/2020 | CHIPANDO A LA VIDA |
| HU | AP | CS SANTO GRIAL | LANAO MARTIN ADOLFO | 2019_1272 | F | 04/01/2020 | JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES |
| HU | AP | CS SARIÑENA | GAZOL PERIZ YOLANDA | 2018_0817 | F | 22/01/2020 | MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC |
| HU | AP | CS SARIÑENA | LOPEZ COSCOJUELA JAVIER | 2019_0927 | F | 31/01/2020 | AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE |
| HU | AP | CS SARIÑENA FISIOTERAPIA EN AP | GIL GALAN SILVIA | 2018_0182 | F | 29/01/2020 | GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA |
| HU | AP | DAP HUESCA | GUILLEN LORENTE SARA | 2018_0024 | F | 30/01/2020 | REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA |
| HU | AP | DAP HUESCA | ELDUQUE PALOMO AMADEO | 2018_0025 | F | 31/01/2020 | REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA |
| HU | AP | DAP HUESCA | CALVO GASCON ANA MARIA | 2018_0336 | F | 31/01/2020 | PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2 |
| HU | AP | ESAD HUESCA | ALEGRE MARTIN ROSA MARIA | 2019_1366 | F | 31/01/2020 | IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL |
| HU | HOSP | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS ENFERMERIA | LATAPIA LOPEZ CONCEPCION | 2019_0682 | F | 30/01/2020 | ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA |
| HU | HOSP | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA | PLANO VIDOSA MARIA PILAR | 2019_0511 | F | 29/01/2020 | INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL |
| HU | HOSP | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA | ELBOJ SASO MARTA | 2019_0582 | F | 24/01/2020 | AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO |
| HU | HOSP | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA | BEJAR MARIN ENRIQUE | 2019_0624 | F | 30/01/2020 | LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS |
| HU | HOSP | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA | SANZ SANZ HELENA | 2019_0886 | F | 30/01/2020 | PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME |
| HU | HOSP | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS PSIQUIATRIA | GARCIA PARDOS ANA MARIA | 2019_1212 | F | 28/01/2020 | MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS" |
| HU | HOSP | CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA | DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA | 2019_1124 | F | 27/01/2020 | EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA | COMPAIRED TURLAN VICENTE | 2019_0469 | F | 21/01/2020 | IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA | MONFORTE GASQUE MARIA PILAR | 2019_0469 | F | 03/01/2020 | IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS FARMACIA HOSPITALARIA | CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA | 2019_0471 | F | 19/01/2020 | MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019 |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA | GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE | 2019_0027 | F | 27/12/2019 | ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS GERIATRIA | IBOR MARCUELLO MONICA | 2019_0949 | S1 | 10/01/2020 | MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS |

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

## Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

*Número de memorias: 154 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

## Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA GERIATRICO | SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA | 2019_0293 | F | 30/12/2019 | REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA | GALAN LATORRE LETICIA | 2019_0142 | F | 30/01/2020 | IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRÍA |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA | CALVO PARDO AURORA | 2019_0869 | F | 30/12/2019 | MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA |
| HU | HOSP | CSS SGDO CORAZON DE JESUS PSIQUIATRIA | RIVARES MORCATE MARIA JESUS | 2019_0264 | F | 29/01/2020 | ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H JACA URGENCIAS | POVEDA SERRANO PILAR | 2019_0815 | S1 | 24/01/2020 | IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ALERGOLOGIA | ROJAS HIJAZO BEATRIZ | 2019_0632 | F | 25/01/2020 | ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS | PUZO FONCILLAS JOSE | 2019_0138 | F | 29/01/2020 | PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS | LASIERRA MONCLUS ANA BELEN | 2019_0139 | S1 | 07/01/2020 | ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS | VALLES DIEZ IÑAKI | 2019_0140 | S1 | 22/01/2020 | "VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANALISIS CLINICOS | SEGURA ISARRE MARIA ANGELES | 2019_1330 | F | 15/01/2020 | ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AXULIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA | VIDAL MAYO ANA | 2019_0796 | F | 31/01/2020 | TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA | CASADO GONZALEZ MARIA PILAR | 2019_0823 | F | 30/01/2020 | REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANATOMIA PATOLOGICA | QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER | 2019_0849 | S1 | 29/01/2020 | OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION | NAJAR SUBIAS MONICA | 2019_0010 | F | 14/01/2020 | MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION | CARRION PAREJA JUAN CARLOS | 2019_0537 | S1 | 22/12/2019 | PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA. |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANESTESIA Y REANIMACION | FERNANDEZ GIL MARTA | 2019_1412 | S1 | 13/01/2020 | ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR | INGLES SANZ CRISTIAN | 2019_0243 | F | 31/01/2020 | TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR | SANCHO GRACIA NOEMI IVANA | 2019_0337 | F | 31/01/2020 | ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR | MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA | 2019_0432 | F | 03/01/2020 | CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CARDIOLOGIA | GRACIA AZNAREZ MARIA | 2019_0454 | S1 | 31/01/2020 | PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CARDIOLOGIA | RIVERO FERNANDEZ ELENA | 2019_0873 | F | 28/01/2020 | CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON REALIZACIÓN DEINGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPOS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CARDIOLOGIA | ARTERO BELLO MARIA PILAR | 2019_1379 | F | 23/01/2020 | REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE | GARCIA DOMINGUEZ MELODY | 2019_0857 | F | 28/01/2020 | MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS |

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

## Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

*Número de memorias: 154 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

## Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO | | | | | PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | PALACIO BARRABES JESSICA | 2019_0387 | F | 19/01/2020 | PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | SANCHO RODRIGO MARTA | 2019_0477 | F | 30/01/2020 | RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | EZQUERRA HERRANDO LAURA | 2019_0745 | F | 30/12/2019 | ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H "SAN JORGE" DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL | 2019_0781 | F | 30/01/2020 | PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPORÓTICA TRAS FRACTURA DE CADERA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | MENDOZA MURO GEMMA MARIA | 2019_1493 | F | 24/02/2020 | VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA | GARCIA FERRANDO MARIA PILAR | 2019_1494 | F | 27/02/2020 | IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE CONTROL DE GESTION | MONTERO ALONSO GEMMA | 2019_0569 | F | 10/01/2020 | ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DERMATOLOGIA | GARCIA MALINIS ANA JULIA | 2019_0640 | S1 | 29/01/2020 | CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS? |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DERMATOLOGIA | PRIETO TORRES LUCIA | 2019_0839 | F | 22/01/2020 | CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DIGESTIVO | LUE ALBERTO | 2019_1155 | F | 28/01/2020 | DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DIGESTIVO | LUE ALBERTO | 2019_1155 | F | 28/01/2020 | DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DIGESTIVO | LUE ALBERTO | 2019_1155 | F | 28/01/2020 | DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DIGESTIVO | BELLOC BARBASTRO BLANCA | 2019_1238 | S2 | 20/01/2020 | MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DIGESTIVO | ASPURU RUBIO KATTALIN | 2019_1357 | F | 24/01/2020 | PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE DIRECCION | RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR | 2019_1024 | S1 | 13/01/2020 | PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ESTERILIZACION | LAGLERA BAILO LORENA | 2019_0914 | F | 21/01/2020 | GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO |
| HU | HOSP | H SAN JORGE FARMACIA HOSPITALARIA | AMADOR RODRIGUEZ PILAR | 2018_1401 | F | 29/01/2020 | GESTIÓN DE BIOSIMILARES |
| HU | HOSP | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA | MURILLO FLOREZ ILDA MARIA | 2019_0150 | F | 30/01/2020 | PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA | MARCO BETES VICTOR | 2019_0318 | F | 27/01/2020 | PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION |
| HU | HOSP | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA | LACALLE AICUA LAURA | 2019_0698 | F | 29/01/2020 | REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA | SECORUN PACO CRISTINA | 2019_1373 | F | 21/02/2020 | ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE | FORTUÑO MORANTE LORENA | 2019_0306 | F | 30/01/2020 | MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA |

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

## Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

*Número de memorias: 154 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

## Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | HOSPITALIZACION | | | | | |
| HU | HOSP | H SAN JORGE INFORMATICA | PABLO JULVEZ SILVIA | 2019_0907 | F | 21/01/2020 | PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE INFORMATICA | VIBAN FORTUNY JESUS | 2019_1459 | S1 | 31/01/2020 | MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA | CERRO JUNCOSA ANA | 2018_0108 | F | 20/12/2019 | DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA | BESCOS VAQUERO SANDRA | 2019_0275 | F | 30/01/2020 | HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA | EITO ARNAL ANTONIO JOSE | 2019_0280 | F | 17/01/2020 | DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA INTENSIVA | LANDER AZCONA ARANZAZU | 2019_0556 | F | 21/01/2020 | PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA INTERNA | PELAY CACHO RAQUEL | 2019_0021 | F | 30/12/2019 | ??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA INTERNA | OMISTE SANVICENTE TERESA | 2019_0372 | F | 24/01/2020 | ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA INTERNA | ANDRES GARCIA DANIEL | 2019_0375 | F | 30/01/2020 | VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA | JUSTE GRACIA MARIA BLANCA | 2019_0801 | F | 30/01/2020 | CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA | TORRES SOPENA LUIS | 2016_1718 | F | 31/01/2020 | PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA | CORED NASARRE ROSA | 2019_0336 | F | 17/01/2020 | POSTER INFORMATIVO TOMA MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA | BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL | 2019_0341 | F | 08/01/2020 | EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA | LUIS GRACIA ANA | 2019_0696 | F | 17/01/2020 | MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS SUPERIORES DE LABORATORIO) |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEFROLOGIA | MUNGUIA NAVARRO PAULA | 2019_0148 | F | 24/01/2020 | IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEFROLOGIA | FELEZ JUSTES ISABEL | 2019_0252 | F | 27/01/2020 | MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEFROLOGIA | BEIRED VAL INES | 2019_0290 | F | 28/01/2020 | PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEFROLOGIA | MARTINEZ BURILLO ALBA | 2019_0302 | F | 29/01/2020 | VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE BIOIMPEDANCIA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEFROLOGIA | SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN | 2019_1336 | F | 31/01/2020 | PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEUMOLOGIA | GARCIA SAEZ SANDRA | 2018_0315 | F | 23/12/2019 | ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEUROFISIOLOGIA CLINICA | PABLO ZARO MARIA JESUS | 2019_1118 | F | 08/01/2020 | IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE) |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEUROLOGIA | TORDESILLAS LIA CARLOS | 2019_0203 | S1 | 31/01/2020 | APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN NEUROLOGÍA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEUROLOGIA | GARCIA GOMARA MARIA JOSE | 2019_0553 | F | 07/01/2020 | IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEUROLOGIA | ARTAL ROY JORGE | 2019_0731 | F | 30/01/2020 | OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN |
| HU | HOSP | H SAN JORGE NEUROLOGIA | GARCIA FERNANDEZ LORENA | 2019_0969 | F | 30/01/2020 | CREACIÓN DE PERFILES ANALÍTICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGÍA DE HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE | ALBERTI GONZALEZ OLALLA | 2019_1347 | F | 29/01/2020 | PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN |

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

## Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

*Número de memorias: 154 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

## Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | NEUROLOGIA | | | | | PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | MACHIN RICOL MARIA PILAR | 2019_0246 | S1 | 18/01/2020 | IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | MARTIN TARIFA LAURA | 2019_0269 | S1 | 19/01/2020 | VIA CLINICA PARTO NORMAL |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | BELLOC GARCIA MARIA JOSE | 2019_0296 | F | 23/01/2020 | ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTOY USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | MORENO PEREZ RAQUEL | 2019_0301 | S2 | 30/01/2020 | ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | ZABAU FERMOSELLE JARA | 2019_0546 | S1 | 29/01/2020 | INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESÁREA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | ALLER CONDE MARIA | 2019_0770 | F | 30/01/2020 | ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA | ABAD RUBIO CRISTINA | 2019_0813 | F | 29/01/2020 | EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OFTALMOLOGIA | LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS | 2019_0802 | F | 01/02/2020 | COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OFTALMOLOGIA | ARA GABARRE MIRIAN | 2019_0851 | F | 30/01/2020 | CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE ONCOLOGIA MEDICA | MADANI PEREZ JULIA | 2019_0353 | F | 29/01/2020 | CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA | GASCON RUBIO MARIA CRISTINA | 2018_1568 | S3 | 31/01/2020 | MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA | FONTANA CALVO MARIA ISABEL | 2019_1240 | F | 31/01/2020 | REVISIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL |
| HU | HOSP | H SAN JORGE OTORRINOLARINGOLOGIA | BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES | 2019_1242 | S2 | 31/01/2020 | ACTUALIZACIÓN EN EL PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA Sº DE ORL- HSJ HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE PEDIATRIA | ABIO ALBERO SONIA | 2018_0753 | F | 31/01/2020 | DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE PEDIATRIA | CONGOST MARIN SOFIA | 2019_0418 | F | 31/01/2020 | FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE PEDIATRIA | LOPEZ UBEDA MARTA | 2019_0630 | F | 31/01/2020 | REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY |
| HU | HOSP | H SAN JORGE PSICOLOGIA CLINICA | MORER BAMBA BARBARA | 2019_0106 | F | 27/01/2020 | ABORDAJE PSICOLÓGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD |
| HU | HOSP | H SAN JORGE PSIQUIATRIA | ESTRADA FERNANDEZ MARIA EUGENIA | 2019_0538 | F | 04/01/2020 | MEJORA EN GESTIÓN DE PROCESOS: ELABORACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO | MARQUINA MARTINEZ DIANA | 2019_0181 | F | 12/01/2020 | CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO | BORIA ALEGRE ALVARO | 2019_0311 | F | 19/01/2020 | INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE RADIODIAGNOSTICO | MONTEJO GAÑAN INMACULADA | 2019_1394 | F | 31/01/2020 | MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LAUTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DELHOSPITAL DE JACA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE REHABILITACION | GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE | 2019_0213 | F | 30/01/2020 | DESARROLLO DE INFORMACIÓN ANTES DE LA RECEPCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN EL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE REHABILITACION | AZANZA PARDO JORGE | 2019_1352 | F | 30/01/2020 | INFORMATIZACIÓN DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA |

GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

salud servicio aragonés de salud

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

## Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

*Número de memorias: 154 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

## Sector HUESCA

| Sector | Ámbito | Centro | Apellidos/Nombre | NReg | Tm | Fecha | Título |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HU | HOSP | H SAN JORGE UNIDAD DEL DOLOR | MARTINEZ GONZALEZ ANA | 2019_0877 | F | 21/01/2020 | MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LAUNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DEHUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE UNIDAD MATERNO-INFANTIL | LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL | 2019_0854 | S1 | 21/01/2020 | VIA CLINICA CESAREA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE URGENCIAS | SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN | 2019_0544 | F | 30/01/2020 | IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE URGENCIAS | MEJIA ESCOLANO DAVID R | 2019_0730 | F | 31/01/2020 | IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS |
| HU | HOSP | H SAN JORGE URGENCIAS | TEJEDOR MENDEZ REBECA | 2019_1466 | F | 29/01/2020 | IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA |
| HU | HOSP | H SAN JORGE UROLOGIA | BONO ARIÑO ARACELI | 2019_0719 | F | 30/01/2020 | IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE |
| HU | HOSP | H SAN JORGE UROLOGIA | GARCIA RUIZ RAMIRO | 2019_1485 | F | 31/01/2020 | OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO |

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

## 1. TÍTULO

## CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL MATEO VALLS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... USM INFANTO JUVENIL HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA
PLANO VIDOSA MARIA PILAR
JAIME ALLUE REYES
MATA TORNIL ELENA
BUIL LORIENTE TERESA
ESPARZA MARTINEZ MAGDALENA
ASPIROZ GUILLEN EMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado sesiones grupales, estas han consistido en:
- Decidir el título de la revista, para ello los usuarios proponen varias propuestas y ellos mismos mediante votación eligen el título: “El saludo” (nombre que eligieron como título de la revista).
- Realizar la portada, en vez de elegir un modelo, se elaboró entre todos, para ello cada usuario pinto un mándala y posteriormente recortaron él mándala en 4 partes, para así formar un mándala grande formado por los diferentes trozos de cada uno.
- Concluir que temas se quieren poner en la revista y quién los quiere realizar
- Redactar y elaborar temas en común contando experiencias, vivencias y opiniones. Temas comunes, por ejemplo, el de juegos de antes, entrevistas, o el de pasatiempos, adivinanzas y humor.

Se han llevado a cabo sesiones individuales:
- Para redactar y elaborar temas concretos que querían realizar individualmente, temas como el de ciencia, construcción, hoja parroquial entre otros.
- Transcribir la información del papel al soporte informático (ordenador, Word), para ello a muchos de los usuarios se les ha enseñado el manejo de ordenador y Word.

El personal responsable de este proyecto, ha terminado de dar formato a la revista y se han pedido presupuestos en diferentes imprentas de Huesca y Zaragoza.

Se está terminando de recopilar los consentimientos, ya que muchos de los usuarios están tutelados, para así poder llevar a cabo la publicación y poder imprimir la revista y posterior difusión tanto en papel como electrónicamente.

Destacar que se están realizando sesiones sobre diferentes temas para publicar en una posible 2ª revista.
La duración de este proyecto era desde febrero del 2019 hasta febrero del 2020, la difusión de la revista se ha retrasado, pero se espera conseguir en este mes de febrero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal de este proyecto era conseguir crear una revista y se ha conseguido; también era como objetivo su posterior difusión, pero el obtener los diferentes consentimientos, ya que muchos de los usuarios están tutelados, ha retrasado esta difusión, pero que se espera en este mes conseguirlo.
Con el objetivo de crear la revista se han conseguido varios objetivos específicos que se habían planteado de los cuales se han logrado:

• Adherencia a la actividad, ya que los últimos meses, al estar consiguiendo los consentimientos y dando formato a la revista, no se han realizado sesiones grupales y los usuarios preguntan por la actividad de revista, ya que es una cosa que le gusta, y como se ha comentado ya se está recopilando información para una posible 2ª revista.
• Se ha conseguido que fuera una actividad motivadora, ya que han participado un gran número de usuarios del centro.
• Se han estimulado con este proyecto capacidades cognitivas de atención y concentración, memoria, lenguaje y fluidez verbal, ya que les han tenido que recordar vivencias, experiencias, fluidez verbal para expresar tanto de forma oral como escrita y concentración para realizarlo.
• La participación en grupo, una cohesión, formado la portada en conjunto, poniéndose de acuerdo sobre temas o sobre preguntas para realizar una entrevista.
• Aprender el manejo del ordenador y de Word, se ha potenciado que se familiaricen con la informática y a escribir en soporte informático por parte de algunos usuarios.
De los objetivos específicos que se plantearon y hasta el momento no se han podido alcanzar pero que se esperan alcanzar en el próximo mes han sido:
• Divulgación en la comunidad/CRP
• Dar visibilidad
Estos objetivos hasta el momento no se han conseguido por los problemas que hemos tenido para la difusión que se han comentado al principio, también cabe destacar que nos faltaría financiación para difundir la revista

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

## 1. TÍTULO

**CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL**

en papel, si no la difusión se realizara solo en formato electrónico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión, se ha observado que ha sido positivo retomar esta actividad que ya se había realizado con anterioridad hace años, en el que han participado un gran número de usuarios del centro y han estado contentos en el proceso de realización.

La primera revista ha costado más tiempo del que creíamos realizarla, pero el equipo pensamos que una vez que ya hemos conseguido dar un formato y obtener los consentimientos, el proceso para crear posteriores revistas resultaría más fácil y rápido.

Sería aconsejable seguir haciendo esta actividad, ya que les motiva y conlleva beneficios para ellos (ser un medio de expresión, estimular capacidades cognitivas, el trabajo en equipo…).

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1116 ========== ***

Nº de registro: 1116

Título
CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL

Autores:
MATEO VALLS ISABEL, DE LA FUENTE UTRILLA CRISTINA, PLANO VIDOSA PILAR, JAIME ALLUE REYES, MATA TORNIL ELENA, BUIL LORIENTE TERESA, ESPARZA MARTINEZ MAGDALENA, ASPIROZ GUILLEN EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las personas con trastorno mental grave sufren trastornos psiquiátricos que conllevan la presencia de pérdida de interés y motivación, dificultades en la interacción con otros, enlentecimiento del pensamiento, falta de fluidez verbal, aislamiento social y dificultades para expresar sus emociones.
Como parte del proceso de rehabilitación psicosocial la creación, elaboración y posterior difusión de una revista pretende potenciar y desarrollar esta pérdida de destrezas y habilidades mencionadas y favorecer asimismo la interacción, integración y participación social y la comunicación (áreas que también están afectadas en ésta población) intentado realizar de esta manera una actividad gratificante para ellos y que les pueda resultar motivadora.
En la actualidad, la informática tiene gran importancia, y con esta actividad se les permitirá también el acceso y aprendizaje de los programas básicos de informática, para poder transcribir la información en soporte informático que les permitirá a su vez mayor integración social y en la comunidad.
La evidencia demuestra la eficacia terapéutica de trabajar en grupo, dando así oportunidades a la socialización, además con este proyecto todos los componentes del grupo van a tener un objetivo común, como es crear una revista.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal conseguir crear una revista y su posterior difusión, aumentando así la autoestima y satisfacción de poder crear un medio en el que puedan expresar y comunicar (conocimientos, vivencias, sugerencias, opiniones…).
Objetivos específicos que se esperan lograr:
- Conseguir adherencia a la actividad.
- Motivar por retomar una actividad que se realizaba hace años.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1116

## 1. TÍTULO

**CREACION DE UNA REVISTA COMO ACTIVIDAD TERAPEUTICA Y MEDIO DE COMUNICACION Y EXPRESION DE USUARIOS DE SALUD MENTAL**

- Estimular las capacidades cognitivas de atención/concentración, memoria, lenguaje y fluidez verbal.
- Potenciar la participación en grupo y las relaciones sociales
- Mantener y/o mejorar la capacidad de expresión tanto escrita como oral.
- Fomentar el trabajo en equipo para elaborar secciones de la revista de forma común, para elegir título, portada y dar formato a la revista.
- Potenciar y/o enseñar la capacidad para escribir en el ordenador.
- Divulgación en la comunidad /CRP
- Dar visibilidad en otros aspectos

Población diana; usuarios ingresados en la unidad de larga estancia y psicogeriatría del CRP Santo Cristo de los Milagros con motivación e iniciativa de participar; y en los usuarios que se observe que la capacidad de expresar o comunicar este deteriorada o sea necesario preservar o potenciar.

MÉTODO
Actividad terapéutica para crear una revista elaborada por usuarios del CRP.
La actividad se lleva a cabo con una frecuencia de 1-2 veces por semana en sesiones de 90 minutos.
Realizando sesiones grupales con todos los participantes, sesiones de grupos más reducidos dependiendo temáticas, o sesiones individuales.
Cada sesión estará dirigida por el equipo de psiquiatría, terapia ocupacional y personal de enfermería.
La revista se comenzará creando primero recopilando la información en soporte de papel y posteriormente se transcribirá en soporte informático.

INDICADORES
La adherencia y seguimiento de participación en la actividad a los 6 y 12 meses.
Grado de satisfacción al finalizar el programa

DURACIÓN
Inicio febrero 2019 y finalización en febrero del 2020

OBSERVACIONES
- Se realizará este proyecto en una sala del centro con mesas y sillas, pizarra y buena iluminación.
- Se utilizará diferentes ordenadores del centro disponibles para transcribir la información.

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

*** ========== ***

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

## 1. TÍTULO

### APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 07/01/2020

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

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

## 1. TÍTULO

### APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

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

Nº de registro: 0734

Título
APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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

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

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

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

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

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

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

Valoración de otros apartados
---
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

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

## 1. TÍTULO

### APRENDER A VIVIR CON LA MENOPAUSIA

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

*** ========================================================================================== ***
```

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

## 1. TÍTULO

### VIVIR BAILANDO

Fecha de entrada: 10/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REMARTINEZ LAFUENTE MARIA CARMEN
JUSTES ABIOL ANA LIDIA
PISA MAÑAS JARA
AVELLANAS MONTORI SOFIA
GARCES CASTILLO BEATRIZ
SANCHEZ COPA CRISTINA VANESA
VITALLA PERALTA SARA

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

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

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

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

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

Nº de registro: 0849

Título
VIVIR BAILANDO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

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

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

## 1. TÍTULO

### VIVIR BAILANDO

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

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

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

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

INDICADORES
Número de sesiones realizadas
Participantes en la actividad
Media de participantes por sesión.
Encuestas de evaluación previa a ola actividad, a los dos meses del inicio y posteriormente de forma semestral sobre actidad fisica diaria habitual, y estado de bienestar subjetivo.
Diciembre/anual, se valorará la satisfacción con la actividad de los participantes mediante encuesta

DURACIÓN
*Planificación y elaboración del proyecto mayo 2018
*Inicio de actividad en Junio de 2018
*Duración del proyecto fase implantación hasta diciembre2018.
*Evaluación de resultados sergún indicadores propuestos
*Previsión de seguimiento de la actividad en el futuro de forma anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados
---

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

## 1. TÍTULO

### VIVIR BAILANDO

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

*** ========================================================================================== ***
```

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0379

## 1. TÍTULO

**MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS**

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFUENTE ARIÑO EVA
VIÑALES ORDAS NATALIA
PARDOS FERRER CARMEN
CARAZO CABRERIZO GEMA
MARIN PARDOS EDUARDO
URDANIZ SANCHO LUIS JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En mayo de 2019, una vez presentado y aprobado el proyecto, se procede a solicitar al Departamento de Informática los datos necesarios de OMI para valorar la situación actual del manejo de las infecciones de tracto urinario (ITU) en varones en el ámbito del CS. Almudévar (varones mayores de 18 años con episodios codificados como ITU, prostatitis aguda, orquidoepididimitis, uretritis y cistitis comprendidos en un periodo de 6 meses, Junio a Noviembre de 2018).

A inicios de junio se realizó una sesión clinica en el CS. Almudevar para la exposición del proyecto y resultados de los datos recogidos.
37 varones atendidos por Infeccones del tracto urinario, de los cuales 3 fueron derivados al hospital y 34 fueron atendidos en Atención Primaria.
Se solicitaron 6 UROCULTIVOS PRETRATAMIENTO. Se inició tratamiento empírico en 30 casos.
16 de ellos adecuados según los últimos protocolos de FISTERRA y SEMFYC (Dic 2018), y 5 no cumplían criterios de pauta temporal.
5 según protocolo PROA 2019 y ninguno cumpliria criterio de tiempo.
Se solicitaron 14 urocultivos postratamiento.
Se observan los siguientes resultados:
CURACIÓN (urocultivo post negativo): 8----------> 23%
SIN DATOS: 11----------> 32%
COMPLICACIONES ----------->44%
DERIVACIÓN 2º NIVEL: 8----------> 23,5%
REINFECCIONES/ RECIDIVAS: 7----->20,5%

Se realizó propuesta de mejora y protocolo de recogida de muestras adecuado a la disponibilidad del centro y tratamientos empíricos a partir de junio con registro de los mismos en hoja a tal fin por consultas de profesional, y en atención continuada.
Mensualmente se ha remitido a cada profesional y en puesto médico de atención continuada, hoja de registro y recordatorio de pautas antibioterapia empíricas (adoptando las del PROA a partir de septiembre 19).

En octubre personal de Farmacia impartió sesión de Manejo de infecciones urinarias según protocolo PROA, dónde se plantearon dudas y problematica a la hora de recoger urocultivos fuera del horario de recogida de muestras del centro.

En diciembre se recaban los datos de junio a noviembre de 2019.

En enero de 2020 se exponen en sesión clinica resultados:.
46 se trataron ambulatoriamente, sólo 2 se derivaron al hospital.
Se pidieron 23 UROCULTIVOS PRETRATAMIENTO.
Se inició tratamiento empírico en 44 casos.
30 casos recibieron el antibiotico correcto según la pauta vigente en cada momento (se adoptó el critero del PROA a partir de septriembre de 2019), en 15 de ellos la pauta de tiempo no fue la correcta o no consta.
Se solicitaron 17 urocultivos postratamiento (36,9%).
Resultados:
CURACIÓN (urocultivo post negativo): 11----------> 25% ( previo 23%)
SIN DATOS: 21----------> 47 %(previo 32%)
COMPLICACIONES ----------->31% (previo 44%)
DERIVACIÓN 2º NIVEL: 6----------> 13% (previo 23,5%)
REINFECCIONES/ RECIDIVAS: 8--->18% (previo 20,5)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Junio a noviembre de 2018 (Previo al proyecto)

UROCULTIVOS solicitados en varones con sospecha de ITU/ varones sospecha de ITU manejados en AP = 17,6%
ANTIBIOTERAPIA CORRECTA/varones con sospecha ITU manejados enAP: 47 %

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0379

## 1. TÍTULO

**MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS**

(Según criterios PROA): 14,7%
PAUTA ANTIBIOTERAPIA CORRECTA (Antibiotico + duración tratamiento)=0%

Junio a noviembre de 2019

UROCULTIVOS solicitados en varones con sospecha de ITU/ varones sospecha de ITU manejados en AP = 50%
ANTIBIOTERAPIA CORRECTA/varones con sospecha ITU manejados en AP: 65%
PAUTA ANTIBIOTERAPIA CORRECTA: 32%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se aprecia una notable mejora en los resultados (urocultivos pretratamiento. 17,6%-->50% ),aunque todavía queda un amplio margen de mejora hasta llegar al standard planteado del 90%.
También hay una mejora considerable en el uso de la antbioterapia empírica adecuada y de la pauta temporal. Se ha disminuido el uso de quinolonas empíricas y se ha ampliado la duración del tratamiento que solía ser de una semana.
Se va a seguir recordando el protocolo y se prevee realizar alguna otra sesión clinica al respecto.
Aunque no se planteaba como objetivo principal, también se desprende de los resultados una disminución de las complicaciones

7. OBSERVACIONES.
Hay que tener en cuenta las dificultades por parte de la familia o cuidadores para recoger el urocultivo en determinados pacientes en fases avanzadas de enfermedad, y el problema de la recogida de muestras en el centro de salud sólo dos días a la semana, por lo que fuera de ésos días, para que se cumplan los plazos óptimos de menos de 24h., tienen que desplazarse por medios propios para llevar las muestras al laboratorio. Todo ello hace dificil que se pueda llegar a dicho standard, por lo que se propone su reducción al 70%.
En el seguimiento muchos pacientes no tienen datos, se entiende que la mayoría no volvieron a consultar por la misma patología por lo que en su mayoría se pueden considerar como curaciones, aunque no se puede asegurar al no tener urocultivo de control ni reflejarlo como tal en la Historia clínica.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/379 ========== ***

Nº de registro: 0379

Título
MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS

Autores:
SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR, LAFUENTE ARIÑO EVA, PARDOS FERRER CARMEN, MARIN PRADOS EDUARDO, CARAZO CABRERIZO GEMA, URDANIZ SANCHO JAVIER, VIÑALES ORDAS NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Según las guías de práctica clínica, en todo varón con sospecha de ITU (cistitis, prostatitis aguda, Pielonefritis aguda y orquidoepididimitis) debe recogerse una muestra de urocultivo previa al inicio del tratamiento antibiotico empírico.
Se ha observado en la práctica clínica que en muchos casos no se está recogiendo dicha muestra iniciandose tratamiento antibiótico de forma empírica, y en otros casos, se remite al paciente a urgencias hospitalarias, sin que cumpla criterios de gravedad por la imposibilidad de recoger la muestra de forma ambulatoria fuera de los días y horarios establecidos para ello. Ello supone una molestia para el paciente, y un gasto innecesario, y en caso de iniciar tratamiento obviando el urocultivo, un aumento de riesgo de tratamientos inefectivos con sus consecuencias en salud y en genración de resistencias.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0379

## 1. TÍTULO

**MANEJO CLINICO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN EL VARON. OPTIMIZACION Y ACTUALIZACION DE LA RECOGIDA DE MUESTRAS DE UROCULTIVO. IDONEIDAD DE TRATAMIENTOS EMPIRICOS**

Por lo anterior se concluye que es preciso establecer un protocolo de recogida de muestras que permita seguir las guías clinicas, que optimice los recursos disponibles y así mismo emprender acciones para disminuir la variabilidad de la práctica clinica actual, optimizando el tratamiento antibiotico, disminuyendo las visitas a urgencias innecesarias, las complicaciones, y mejorando la satisfacción del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer vías para poder recoger urocultivo a todos los varones (por extensión a todos los pacientes que sufran infecciones de tracto urinario complicadas) con sospecha de ITU antes del inicio de tratamiento empírico.
Ofrecer siempre el tratamiento antibiotico empírico más adecuado según la evidencia cientifica y las circunstancias del paciente.

MÉTODO
Recoger información y datos para establecer unos indicadores que objetiven la situación actual del manejo de las ITU en el varón.
Reunión de equipo y personal de atención continuada para exponer la situación, estuidar las causas, y plantear las opciones de mejora.
Reunion formativa para actualizar la última evidencia en el manejo de las ITU en el varón y tratamiento empírico más adecuado .
Implantar un sistema de registro de casos para la recogida de datos.

INDICADORES
Fuente de datos OMI-AP
Nº de urocultivos recogidos en varones con sospecha de ITU/ Varones con diagnóstico de ITU (Standard 90 %)
Nº de tratamiento antibiotico empírico adecuado/Nº tratamiento empíricos en sospecha de ITU de varon (Standard 90%)

DURACIÓN
Marzo-Abril 2019: Recogida y tratamiento de datos de los meses de junio a octubre de 2018 para obtener indicadores de la situación actual.
Mayo 2019: Exposición de la situación al euipo, actividades formativas, estudio de las causas y establecer protocolo de mejora.
Junio -Octubre 2019: Implementación y puesta en marcha del protocolo.
Noviembre 2019: Recogida y tratamiento de datos de los 5 meses de implantación (junio a octubre de 2019). Obtención de los nuevos indicadores.
Diciembre 2019: Exposición de resultados y memoria.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0545

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EVA LAFUENTE ARIÑO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS ALMUDEVAR
· Localidad ..... ALMUDEVAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR
CAMPOS AVELLANA CARMEN
CABELLUD LASIERRA MIRIAM
MARIN PRADOS EDUARDO
URDANIZ SANCHO LUIS JAVIER
VIÑALES ORDAS NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realIzan las siguientes activiades:

En Abril de 2019 se hace una reunión para establecer el equipo de mejora acordando objetivos,contenido y cronograma del proyecto de mejora. De ésta reunion se derivan una serie de sesiones donde se acuerda el contenido y stock mínimo de material y fármacos en maletín de urgencias, carro de paradas y maletín de respiratorio, así como protocolo de revisiones y hoja de registro de incidencias.

El 29 de Mayo de 2019 se realiza un taller de RCP para todo el equipo con el objetivo de familiarizarse con el material de urgencias disponible en el centro.

En Octubre de 2019 se realiza y entrega a todos los profesionales del equipo una encuesta de satisfaccion de la marcha del proyecto.

Recogida y registro de incidencias a lo largo de estos meses para la elaboracion de los indicadores .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nª total de dias con registro de revisiones realizadas=280
En horario de 15 a 17 h: Nª dias con registro adecuado =27
En horario de 17 a 8 h Nª dias con registro adecuado=275

En el periodo previo hubo un total de 93 incidencias.
En el periodo posterior ha habido un total de 51 incidencias.

Nª de incidencias sobre Stock de material y medicacion antes del proyecto : 57%
Nª de incidencias sobre Stock de material y medicacion después del proyecto: 57%

Nª de incidencias sobre caducidad de material y medicación: 15%
Nª de incidencias sobre caducidad de material y medicación: 16%

Nª incidencias sobre funcionamiento adecuado del material no desechable previo: 14%
Nª incidencias sobre funcionamiento adecuado del material no desechable posterior: 17%

Todos los porcentajes son respecto del total de incidencias.

Grado de satisfaccion del personal :

Encuestas contestadas: 61%
Personal que hace uso de los maletines=90,9%
Grado de satisfaccion previo=55%
Grado de satisfaccion posterior=72,7%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se observa una disminución del numero de incidencias total aunque el tipo de incidencia surgida antes y despues del proyecto es similar.
Ha aumentado la satisfaccion del personal .
Se observa un claro déficit en el registro en horario de 15 a 17h. que entendemos pueda deberse más a un déficit de comunicación de cómo registrar las actividades, más que a una falta de interés o dejación de funciones.
En términos generales se han logrado los objetivos propuestos al inicio de proyecto, quedando pendiente la mejora del registro mencionado.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0545

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR

*** ========== Resumen del proyecto 2019/545 ========== ***

Nº de registro: 0545

Título
PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL C.S.ALMUDEVAR

Autores:
LAFUENTE ARIÑO EVA, SANCHEZ NAVALES MARIA DEL MAR, CAMPOS AVELLANA CARMEN, CABELLUD LASIERRA MIRIAM, MARIN PRADOS EDUARDO, URDANIZ SANCHO JAVIER, VIÑALES ORDAS NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALMUDEVAR

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias extrahospitalarias
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha observado la necesidad de unificar criterios sobre el material del nuevo carro de paros de acuerdo con las necesidades y aptitudes del personal,y también de los maletines de asistencia a domicilio por obsoletos.Se detectó con la comunicación de incidencias en las hojas de registro y por comentarios e inquietudes expresadas por el personal del centro,que en la práctica se traduce en el empleo de maletines individuales.
Destacar la importancia de posibilitar al EAP para la atención de la urgencia de forma inmediata, segura y actualización en formación.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL
Garantizar una asistencia de calidad al paciente que sufre la urgencia
Mejorar la efectividad y eficiencia de las urgencias asi como la implicación y satisfacción de los profesionales con respecto al uso y cuidado del material

.OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Respecto a los maletines de asistencia a domicilio:
-Asegurar una disponibilidad de material para la asistencia de urgencia fuera del centro
-Mejorar la calidad de la atención de urgencia disminuyendo el tiempo de respuesta que conlleva la preparación del material necesario en cada caso,aumentando la seguridad del paciente.

Respecto al carro de paradas:
-Mejorar la funcionalidad del carro de paros
-Evitar la variabilidad del material de urgencias unificándolo y simplificándolo.

-Disminuir las incidencias de revisión y reposición de material y medicación de los maletines de asistencia domiciliaria,del carro de paradas y por extensión del resto de material de la sala de urgencias.

MÉTODO
-Constitución y puesta en marcha del equipo de mejora con el nombramiento de sus miembros y responsable del mismo,asi como el establecimiento de un plan de trabajo.
-Consensuar las necesidades de material y stock mínimo para el carro de paradas y maletínes de atención domiciliaria.
-Mejorar el protocolo actual de revisión y reposición del material,estableciendo una periodicidad de revisión de equipos y caducidades
-Establecer un modelo de hoja de control y registro de incidencias sobre el mantenimiento del material y control de caducidades con instrucciones sobre su cumplimentación
-Reunión con el EAP para presentar el proyecto de mejora. Acordar la implementación de dicho protocolo
-Reuniones trimestrales para proponer mejoras una vez revisadas las incidencias en las hojas de registro.
-Impartir charlas formativas de manejo de material,medicación y protocolos de urgencias.

INDICADORES
-Nº de Hojas de registro de incidencias cumplimentadas adecuadamente respecto al total de hojas registradas.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0545

## 1. TÍTULO

### PROTOCOLO DE MEJORA DEL CARRO DE PARADAS Y MALETINES DE ATENCION A DOMICILIO DEL CS ALMUDEVAR

-Nº de incidencias sobre stock mínimo de material registradas por trimestres respecto al total de incidencias x 100.
-Nº de incidencias sobre caducidades registradas por trimestres respecto al total de incidencias x 100.
-Nº de incidencias sobre el funcionamiento adecuado del material no desechable registradas por trimestres respecto al total de incidencias x 100.
-Grado de satisfacción del personal al inicio y al final mediante encuesta de satisfaccion con escala del 1 al 10.

DURACIÓN
Inicio en Marzo 2019.Evaluación en Diciembre 2019.Duracion: 1 año,con posible continuidad y ampliación en 2020.

CRONOGRAMA:

Marzo-Abril:
-Presentación proyecto EAP
-Consenso stock mínimo material carro paros y maletines.
-Elaboracion listado material.
-Elaboracion hoja registro y calendario de revisiones.
-Comunicación al resto del equipo del protocolo e indicaciones sobre su implementación,

Mayo:
.-Charla formativa de uso de material y revisión de protocolos de urgencia.

Mayo-Septiembre:
-Implementación del proyecto

Octubre:
-Presentación en reunión EAP resultados incidencias hojas de control 2º y 3º trimestre de 2019
-Comunicación aportaciones mejora al proyecto.

Diciembre:
-Realización memoria proyecto.
-Reunión EAP presentacion resultados.
-Decisión sobre continuidad y/o ampliación de proyecto de mejora del mantenimiento y funcionamiento de material y equipos de atención a la urgencia.

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 - 2019/0068

## 1. TÍTULO

## PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VANESSA PEREZ GAMAZO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS AYERBE
· Localidad ..... AYERBE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIAS LIESA FRANCISCO
BARECHE RIVARES MARIA
CASTRO MURILLO TRINIDAD
LANZAROTE NASARRE LOURDES
FRANCO CONSEJO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones con la profesora del colegio de Ayerbe,con el equipo sanitaria del centro de salud y con la unidad docente.
Maniquis cedido por la unidad docente,material informatico elaborado por personal sanitario.
Presentacion de power point y desarrollo del taller en la fecha prevista,26 febrero del 2019 en el colegio de Ayerbe con 38 alumnos de de 5 y 6 primaria,con asisntecia mayor del 90%.
Se realizo una encuesta antes y despues del taller

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Asistencia superior al 90% de 38 alumnos en clase
Cuestionario pre con un 85 % de aciertos de 35 alumnos que acudieron y post con el 94% de los 35 alumnos que acudieron.obteniendo una mejoria sustancial de los conocimientos sobre la materia

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Grado alto de satisfacion y la posibilidad de continuar trabajando con el colegio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/68 ========== ***

Nº de registro: 0068

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

Autores:
PEREZ GAMAZO VANESSA, CASTRO MURILLO TRINIDAD, LANZAROTE NASARRE LOURDES, FRANCO CONSEJO MARIA, ABADIAS LIESA FRANCISCO, BARECHE RIVARES MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AYERBE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: RCP BÁSICA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Otros
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El colegio de Ayerbe valora la necesidad de realizar un taller práctico de primeros auxilios para los alumnos de 5º y 6º de Primaria.
Consideramos que la RCP básica en el medio extra hospitalario es la práctica que mayor número de vidas puede salvar y se valora la necesidad de aprenderla desde la infancia.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los niños de 10/11 años de la escuela de Ayerbe sepan actuar ante una situación de urgencias.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0068

## 1. TÍTULO

### PRIMEROS AUXILIOS Y RCP EN MI COLE

Conocer numero de emergencia y como describir lo que ven.
Saber valorar la situación que tienen delante y si fuera necesario comenzar con la actuación recomendada para cada caso..

MÉTODO
Reunión con una de las profesoras del colegio de Ayerbe.
Reunión del equipo sanitario que va a realizar la actividad para organizar material y día.
Como recursos humanos, irán tres enfermeros del Centro de Salud de Ayerbe.
Como recurso material, maniquís cedidos por la unidad docente de Huesca.

INDICADORES
Realizar la actividad con al menos el 80 % de los alumnos ( población diana: 35 alumnos ) .
Realización de un test para saber los conocimientos pre y post a la actividad en el que se consiga más de un 80 % de respuestas satisfactorias.

DURACIÓN
Reunión y diseño de actividades: Enero 2019.
Realización de taller : el 26 Febrero 2019.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

## 1. TÍTULO

### TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER FUENTES ARNALDOS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS BERDUN
· Localidad ..... BERDUN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ABELLANAS JARNE LORENA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado tres reuniones de equipo: una en febrero, otra en marzo y la última en octubre.
Las dos primeras reuniones para establecer las dinámicas de presentación, fechas de los talleres en las poblaciones receptivas, conocer diversas técnicas de relajación, estableciéndose como la más apropiada para nuestra población la técnica de relajación muscular progresiva de Jakobson y el control / observación de la respiración.
Tras las dos primeras reuniones, se realizaron 12 talleres en 8 poblaciones con un total de 120 asistentes.
Se han empleado como apoyo grabaciones con música relajante y voz en off indicando los pasos de la técnica referida de relajación muscular progresiva, y también se han proyectado cortos documentales destacando la importancia de las posturas correctas, movimientos pausados y controlados y formas adecuadas de respirar.
La tercera reunión, en el mes de octubre se consideró:
Establecer el calendario de nuevas sesiones que sirvan de refuerzo y recuerdo de las realizadas con el acuerdo de ampliar el objetivo haciendo hincapié en el uso de estas técnicas para mejorar el estado de conciencia en el momento actual ("el aquí y ahora");
Valorar la práctica en particular y las dificultades presentadas de los asistentes en estos últimos meses para resolver dudas u ofrecer soluciones particulares de apoyo
Establecer los ítems para una encuesta que permita por un lado valorar el grado de satisfacción de los asistentes, ya sea para programar más sesiones de refuerzo en el futuro, y/o para establecer una consulta monográfica.
Establecer los parámetros o medidas que permitan objetivar los beneficios de la práctica de estas técnicas de relajación (control de la ansiedad y del dolor) y que tal vez sea la cuestión que más dificultades nos pueda presentar y que obliguen a modificar alguno de los indicadores en la memoria final.
En total y a lo largo del año 2019 se realizaron 19 sesiones o talleres en 9 poblaciones de nuestra área de salud y asistieron 161 personas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de reuniones realizadas / Nº de reuniones previstas. 95%

Nº de temas abordados /Nº temas seleccionados. 100%

Nº de poblaciones con talleres realizados / Nº talleres programados. 95%

Nº de asistentes satisfechos / Nº asistentes. 92%

Nº grupos con continuidad en el tiempo / Nº grupos creados. 0%

Nª asitentes que consumen ansiolíticos o antidepresivos a los seis meses / nº asistentes que tomaban al inicio de la actividad algún ansiolítico o antidepresivo INDETERMINADO

Resistencia eléctrica de la piel antes de la actividad / resistencia eléctrica de la piel después de la actividad NO REALIZADO POR MATERIAL DEFECTUOSO

Se realizó en participantes voluntarios otras medidas como la saturación de O2 y frecuencia cardiaca antes y después de una sesión de relajación, considerando los resultados indeterminados según el observador y la falta de práctica continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En las entrevistas personalizadas sobre los talleres realizados, la opinión generalizada ha sido de aceptación e interés, siendo mayoritariamente bien recibida, sin embargo valorada la continuidad de las actividades enseñadas a nivel particular, ha sido menor de lo esperado.
Como conclusiones se destacan:
Predominio de asistentes femeninos sobre masculinos y de edad superior a 50 años.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

## 1. TÍTULO

## TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Los talleres que trataban sobre la relajación con el control de la respiración fueron mejor aceptados o entendidos que los que trataron sobre la relajación muscular progresiva.

El uso de los parámetros o medidas objetivas como el descenso en el consumo de ansiolíticos y analgésicos como resultado de las sesiones de relajación han sido demasiado ambiciosos y estarían más acordes con un seguimiento más continuado y personalizado en pacientes voluntarios, lo que abriría la posibilidad de establecer sesiones monográficas que permitirían tratar las deficiencias o dificultades en particular para corregirlas de forma más eficiente y mejorar la motivación para una continuidad más seguida y no esporádica.

Consideramos, en función de la replicación de estos talleres, la importancia de hacer hincapié en la población receptiva, que las técnicas de relajación enseñadas no deben ser relegadas a momentos puntuales de ansiedad y/o dolor, sino que deben ser practicadas con cierta asiduidad para estar familiarizado en su uso en los momentos que realmente se precisen para aliviar la sintomatología descrita, así como para mejorar la toma de conciencia del momento presente siguiendo los principios básicos del “mindfulness”, que era otro de los objetivos considerados en la última reunión del equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/163 ========== ***

Nº de registro: 0163

Título
TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Autores:
FUENTES ARNALDOS FRANCISCO JAVIER, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ABELLANAS JARNE LORENA, BAZTAN OLLETA LAURA, GARCES ROMEO TERESA, SUSINOS JUSTE FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la realización de charlas y talleres en la comunidad, se nos ha comentado en numerosas ocasiones, si bien de manera informal, el interés en realizar alguna actividad en relación con el bienestar emocional, sobretodo en relación con métodos de relajación.
Aprovechando la formación recibida por 2 profesionales médicos en bienestar emocional, nos hemos propuesto iniciar el trabajo con la población en estos aspectos ya que además es una linea estratégica del SALUD para este año.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana serían adultos que o bien demanden esta actividad o aquellos en que los profesionales del centro de salud crean que se pueden beneficiar de estas técnicas.
El objetivo final sería dotar a estas personas de las herramientas básicas para el control del malestar emocional y la introducción de estas técnicas en el manejo de la ansiedad.
Nuestro objetivo sería que con estos talleres, la población pudiera seguir la actividad de manera autónoma.
Utilizar estas técnicas para evitar la cronificación del dolor.

MÉTODO
3 reuniones del EAP para fijar los objetivos y coordinar la actividades a realizar, básicamente:
- Reconocimiento del malestar emocional
- Técnicas de respiración profunda
- Otras técnicas de relajación básicas: tensión-relajación muscular, visualizaciones..
- Bases del mindfulness o atención plena

Publicitar la actividad en la población
Selección de las personas susceptibles a participar en la actividad.
Realización de las actividades en 3 poblaciones en 3 sesiones anuales.

INDICADORES

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0163

## 1. TÍTULO

### TALLERES DE BIENESTAR EMOCIONAL EN LA COMUNIDAD

Nº de reuniones realizadas / Nº de reuniones previstas. 100%

Nº de temas abordados /Nº temas seleccionados. 75%

Nº de poblaciones con talleres realizados / Nº talleres programados. 75%

Nº de asistentes satisfechos / Nº asistentes. 80%

Nº grupos con continuidad en el tiempo / Nº grupos creados. 50%

Nº asitentes que consumen ansiolíticos o antidepresivos a los seis meses / nº asistentes que tomaban al inicio de la actividad algún ansiolítico o antidepresivo 30%

Resistencia eléctrica de la piel antes de la actividad / resistencia eléctrica de la piel después de la actividad 100%

DURACIÓN
Planificación. Febrero-marzo 2019
Talleres abril-noviembre 2019
Evaluación: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Antigua línea: Salud Mental

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0870

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL**

Fecha de entrada: 16/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ CARRICONDO JUAN
GARCES MORENO MARIA JESUS
BESCOS GARCIA ELISA
GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN
ARNAL BARRIO ANA MARIA
ABELLANAS JARNE LORENA
GARCES ROMEO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión inicial 25 de febrero de 2019 en la que se expone la necesidad de realizar una mejora en la comunicación entre el equipo con TIS asignadas y el equipo de Atención Continuada (AC),ya que al trabajar con diferentes horarios es difícil de transmitir la información.
Se realizó una tormenta de ideas para: buscar canales de comunicación, fijar la población diana, analizar los problemas de confidencialidad y elaborar los indicadores.
Se elaboró una hoja excel para la recogida de datos: una hoja para mensajes asistenciales y otra para mensajes no asistenciales, recogiendo también la información de si se crean en horario de AC o de mañanas y si se realiza posterior seguimiento de cada uno de ellos.

Con fecha 17 de Junio de 2019, nos volvemos a reunir para valorar la evolución del proyecto. En este momento se constata la dificultad de conteo “manual” de pacientes vistos en cada agenda, para la posterior obtención de los indicadores planteados. Se decide solicitar dichos datos al servicio de informática, pero con posterioridad nos informan de que no es posible. En ese momento se decide modificar los indicadores y limitarnos a estos:

Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones previstas : 100%
Nº de pacientes a los que se ha hecho seguimiento tras generar mensaje en OMI/ Nº de mensajes asistenciales en OMI

(ESTE INDICADOR MIDE EL BENEFICIO ASISTENCIAL GENERADO)
Nº de profesionales que consideran útil el canal / Nº de profesionales
(LO MEDIREMOS A TRAVÉS DE ENCUESTA TELEFÓNICA O PRESENCIAL A LOS PROFESIONALES)

Se ha impulsado el uso del correo interno de Omi comprobando que a fecha 10 de octubre de 2019 se han registrado 19 mensajes asistenciales y 27 no asistenciales.
De los 19 mensajes asistenciales, 17 de ellos generan un seguimiento, por lo que se estima que el indicador de beneficio asistencial es de 89,5 %.. A pesar de este dato, estimamos que el volumen de mensajes es escaso. Posiblemente por la “ no inmediated” del canal elegido ( mensajes internos OMI).
Para poder definir mejor las conclusiones, vamos a proceder a realizar la encuesta a los profesionales del centro. La encuesta va a constar de dos ítems ( una pregunta cerrada y una abierta)

¿ Consideras útil el correo interno de OMI como medio para mejorar la comunicación entre los profesionales del centro? SI / NO
¿ Qué otro medio consideras más útil y por qué?

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
nº de reuniones realizadas/nº reuniones previstas 100%
nº pacientes a los que se ha hecho seguimietno tras generear mensaje OMI/nº mensajes OMI asistenciales 89,5%. Este indicador mide el BENEFICIO ASISTENCIAL GENERADO.
Nº profesionales que consideran útil el canal/nº profesionales encuestados 55,5%

Las fuentes de las que se ha obtenido la información, para el posterior cálculo de los indicadores, han sido la hoja de excel creada para la recogida de datos referentes tanto a mensajes asistenciales, como no asistenciales y, por otro lado, las encuestas realizadas al personal de centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El 55,5% de los profesionales encuestados consideran útil el correo interno de OMI como medio para mejorar la comunicación interna entre los profesionales del centro. Sin embargo, aún siendo así, se señalan cuestiones en su contra como:
-la no inmediatez en la transferencia de la información
-la necesidad de abrir OMI, lo cual resta accesibilidad (y en ocasiones genera infrautilización o desuso)
Por otro lado, los profesionales que no lo han encotrado útil se decantan por otros medios tales como:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0870

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

- Whatsapp (con el que habrá que tener en cuenta la actual LOPD o utilizarlo solamente para mensajes no asistenciales)
- llamada telefónica personal
- citas en agenda OMI y posterior acceso a historia clínica.

Siendo así consideramos que la adhesión de los profesionales al método ha resultado suficiente para conseguir una mejora asistencial en los pacientes y por tanto, se puede seguir utilizando como método de comunicación interna.
Debemos señalar que el 57,5% de los mensajes generados eran de tipo “no asistencial”, es decir, relacionados con el funcionamiento del centro, reuniones, materiales... y para la transmisión ha resultado muy práctico.
Por todo ello se da por finalizado el proyecto asistencial realizándose una valoración positiva del mismo y dejándolo instaurado como uno de los medios de comunicación interna entre los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/870 ========== ***

Nº de registro: 0870

Título
OPTIMIZACION DE LOS CANALES DE COMUNICACION INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDUN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

Autores:
BAZTAN OLLETA LAURA, GONZALEZ CARRICONDO JUAN, GARCES MORENO MARIA JESUS, BESCOS GARCIA ELISA, GIMENEZ BARATECH ANA CARMEN, ARNAL BARRIO ANA MARIA, ASCASO CASTAN MARIA LOURDES, GARCES ROMEO TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERDUN

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

PROBLEMA
El personal laboral adscrito al CS Berdún, se compone de :
el EAPs formado por médicos y enfermeras con TIS asignadas en horario de mañana ( que también asumen horas de AC), más una administrativa
médicos y enfermeras de atención continuada, en horario de tarde, noches y festivos, que también realizan sustituciones por la mañana.

Esto puede ocasionar que la información relevante sobre los pacientes visitados sea difícil de transmitir en ambos sentidos.

A pesar de atender a la misma población, esta falta de comunicación entre ambos grupos, puede ocasionar una peor atención al paciente. Este hecho se ve posiblemente motivado por que los profesionales con TIS asignadas y los profesionales de AC, no siempre coinciden en horario y lugar, debido a las agendas / RIF de cada uno.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es mejorar la atención y el seguimiento de los usuarios,al conseguir una coordinación y comunicación, fluidas y continuas, entre todo el personal del centro de salud.

La población diana serían TODOS los usuarios adscritos al centro de salud de Berdún.
Aunque posiblemente, se verán más beneficiados los pacientes crónicos complejos, terminales y población de > 75 años, por ser los que mayormente demandan atención.

La intercomunicación de actividades, cambios organizativos, material... estaría dirigida a todo el personal que trabaja en el centro de salud de Berdún.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0870

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACIÓN DE LOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA DEL CENTRO DE SALUD DE BERDÚN PARA LA MEJORA ASISTENCIAL

MÉTODO
Dos reuniones entre los grupos de TIS asignadas y el grupo de AC. En la reunión primera se valora la situación de partida y la necesidad existente en cuanto a mejora de comunicación.

Impulsar el empleo del correo interno de OMI como canal de intercomunicación.

Elaborar hoja Excel para recogida de datos

Potenciar el uso en OMI de Salas- Cuidados paliativos para el seguimiento de los pacientes terminales.

Promover la citación en agenda de los pacientes que precisen control evolutivo ( ya sea por personal médico o de enfermería).

Promocionar el uso del correo electrónico institucional para trasmitir información general.

INDICADORES
Nº de reuniones realizadas/ Nº de reuniones previstas = 100%

Nº de mensajes generados en OMI sobre pacientes atendidos en AC / Nº pacientes atendidos en AC > o = 5%

Nº de mensajes generados en OMI sobre pacientes atendidos en horario de manaña / Nº pacientes atendidos en horario de mañana> o = 5%

Nº de pacientes a los que se les ha hecho seguimiento tras generar mensaje OMI / Nº mensajes sobre pacientes emitidos en OMI > o = 80%

Nº pacientes terminales registrados y seguidos en SALAS: CUIDADOS PALIATIVOS / Nº pacientes terminales= 100%

Valoración de los resultados de la encuesta a los profesionales sobre:
Nº de profesionales que han encontrado de utilidad el proyecto/ Nº profesionales > o = 80%
Nº de profesionales que consideran que ha mejorado la comunicación interprofesional/ Nº de profesionales > o = 80 %

DURACIÓN
Revisiones cuatrimestrales ( 2 ).
Cierre al año.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0327

## 1. TÍTULO

### PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 10/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos encontramos en un pueblo del norte del pirineo, con poblacion envejecida, muchos de los vecinos viven solos porque ya han perdido a sus parejas o bien porque sus hijos o bien viven fuera del pueblo o bien estan trabajando gran parte del dia.
Nuestras personas mayores reflejan a diario en la consulta, sobre todo en la época invernal, que en esta zona es larga y dura por las condiciones climatologicas, la soledad. En Sallent de Gallego se cuenta con instalaciones municipales que pueden ser usadas por los vecinos pero que muchas veces estan infrautilizadas, asi mismo contamos con un entorno natural que invita a caminar y hacer ejercicio fisico.
Desde el consultorio de Sallent de Gállego (Centro de Salud Biescas-Valle de Tena) se plantea en colaboración con la comarca del Alto Gállego una actividad dirigida a personas del pueblo mayores de 65 años.
Se informa incialmente a los vecinos mediante carteles informativos de la actividad colocados en consultorio, centro social del pueblo, centro de salud, ayuntamiento y de forma de prescripción del activo desde el propio consultorio.
Se realizaron cinco sesiones de 1,5 horas de duración aproximadamente, periodicidad semanal, los míercoles de 11 a 12.30h, consistente en una caminata por el entorno del pueblo. Dentro del grupo hay dos personas que se hacen responsables del grupo y marcan las andadas semanales por un entorno natural; tras las mismas los vecinos acuden a las inmediaciones del consultorio y alli, dirigidos por la médico, se hace una sesion de 10 minutos de estiramientos. Se apovecha ese momento para comentar la actividad del dia, la satisfacción, las experiencias....
Los dias que las condiciones climatológicas no han sido favorables, se cuenta con las instalaciones del centro social del pueblo para hacer la parte final de la actividad.
Las sesiones se han complementado con dos sesiones teóricas en presentación power point en el centro social en dos dias diferentes, una sobre nutrición en personas mayores y otra sobre prevención de riesgos en el Hogar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se valoraron tras las tres primeras sesiones la valoración general que hacian los propios pacientes de las sesiones y las consideraban que cumplian sus propios objetivos; dada la respuesta positiva se completaron las dos siguientes sesiones y se completaron con las teóricas.
La media de pacientes al dia en las sesiones fue de 9.2, exceptuando las teóricas a los que acudieros 28 y 32 pacientes
Los indicadores que se valoraron fueron:
1. Satisfaccion de pacientes: Valoramos de 0 (nada satisfecho) a 10 (totalmente satisfecho): la totalidad de los pacientes mostraron un grado de satisfacción elevado mayor de 8 en todos los casos
2. Demanda en consulta/Comienzo en la realizacion de otras actividades/ Socialización : Se evidenció una disminución de la demanda en consulta las semanas en las que se realizaban las sesiones, en ningún caso hubo demanda por estado emocional en esas semanas, en cambio si se evidenció mejoría clínica en el estado psiquico, pues la socialización en esta actividad animó a los pacientes participantes a comenzar a acudir al centro social para realizar otras actividades como canto y costura que hasta entonces no hacian, quedandose en sus casas lo cual aumentaba su aislamiento, en la gran mayoria de los casos se debia a perjuicios sobre la opinión que otros tendrán (algo muy habitual en los pueblos pequeños).
3. Retirada de medicación: En un caso fue posible la retirada de medicacion antidepresiva que una paciente llevaba tomando varios años, ya que la paciente mejoró anímicamente tanto por la realización de ejercicio físico como por la socialización con los vecinos del pueblo.
4. La edad media de los pacientes fue de 78.25 años, no hubo cambios en el peso ni en tensión arterial, manteniendose estables; pero los pacientes si expresaron posteriormente en consulta la mejoria subjetiva en su estado físico.
5. Las sesiones teóricas sirvieron para dar a conocer conceptos como nutrición y prevención de los riesgos en los hogares de nuestros mayores, fueron muy bien acogidas. La referente al tema de la nutrición sacó la conclusión mayoritaria que tiene un gran peso las costumbres y hábitos y es dificil el cambio en personas de edad avanzada pese a que haya enfermedades intercurrentes como por ejemplo la hipertensión y la diabetes. En el caso de la prevención de riesgos en el hogar, se hizo incapié en la prevención de caidas y accidentes fundamentalmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración de la actividad fue muy positiva tanto para el personal que lo realizó como para los pacientes.
Desde el consultorió se fue instando a pacientes a que se unieran a los grupos, prescribiendo el activo.
La finalización de las sesiones en el consultorio era un momento de compartir experiencias que resultó muy gratificante pues muchos pacientes se daban cuenta que la mayoria se encontraban en situaciones similares de soledad y en consecuencia con un estado anímico en muchos casos bajo.
Los objetivos se cumplieron pues se concienciaron de la necesidad de caminar a diario unos 30-40 minutos y mejor si es en compañia de quienes están en su misma situaciñon, mejorando la soledad y aislamiento en los hogares de pueblos, muchos se pasaban a buscar a las casas en grupos y eso animaba a unirse al grupo; la

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0327

## 1. TÍTULO

### PASEOS SALUDABLES

mejoría fisica subjetiva asi como la psiquica evidenciada clínicamente hacen que los objetivos del proyecto se hayan cumplido.
El proyecto debido a la acogida se presentó en el consejo de Salud y tuvo muy buena acogida, planteando la posibilidad de hacerlo en otras localidades de la zona de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/327 ========== ***

Nº de registro: 0327

Título
PASEOS SALUDABLES

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA

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

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente anciano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nos encontramos en un pueblo del norte del pirineo, con poblacion envejecida, muchos de los vecinos viven solos porque ya han perdido a sus parejas o bien poruqe sus hijos o bien viven fuera del pueblo o bine estan trabajando gran parte del dia. Nuestras personas mayores reflejan a diario en la consulta, sobre todo en la época invernal, que en esta zona es alrga y dura por las condiciones climatologicas, la soledad. En Sallent de Gallego se cuenta con instalaciones municipales que pueden ser usadas por los vecinos pero que muchas veces estan infrautilizadas, asi mismo contamos con un entorno natural que invita a caminar y hacer ejercicio fisico.
Valoramos iniciar unas sesiones incialmente semanales que consisten en ir a caminar por el entorno natural durante una hora los miercoles, posteriormente se realizan ejercicios de estiramientos y a esto se suman sesiones didaticas en en centro social del pueblo. Los dias que por las condiciones climatologicas no lo permiten, es el en centro de dia donde se llevan a cabo actividades fisicas isometricas.

RESULTADOS ESPERADOS
Inicialmente la poblacion a la que va dirigida es a los vecinos del pueblo mayores de 65 años, hacemos incapie desde el centro de salud en la union al grupo de los pacientes que es desde donde se hace la captacion activa.
Contamos dentro del grupo con dos responsables que hacen la acogida y acompañan en las andadas a los vecinos
Se intenta conseguir la socializacion de los pacientes con sus vecinos, mejorar la forma fisica y mantener actividad fisica diaira de los mismos como uma forma de mejorar la salud tanto fisica con mental y prevenir riesgos en la poblacion anciana

MÉTODO
Inicialemnte se realiza captacion activa desde el consultorio medico y se colocan carteles por el pueblo donde se explica la actividad. Se plantean sesiones semanales los miercoles a las 11h de 1-1.30 minutos de duracion, paseos siempre acompañados y subdivididos en dos grupos por nivel de resistencia fisica. Los paseos se llevana cabo pr los alrededores del pueblo. Todas las sesiones acaban con sesiones de estiramientos que se reazalizan por parte del personal medico del consultorio al finalizar. si las condiciones climatologicas no lo permiten en el centro de dia se realizan actividades de caracteristicas de mantenimiento.
Cada dos meses realizamos puesta al dia, valorando prespectiva que los pacientes tienen de la actividad y damos algunas sesiones sobre: alimentacion, prevencion riesgos en el hogar...estas sesones se realizan en el centro de dia del pueblo.

INDICADORES
-se valora la satisfacion de los pacientes de 0 (nada satisfecho) a 10 (totalmente satisfechos)
-Se valora la disminucion de la demanda en consulta por temas referentes al estado emocional de los pacientes
-Se valora el estado fisico de los pacientes, la mejoria subjetiva y la mejoria en datos clinicos (peso, tension arterial)
-Se valora pacientes a los que ha sido posible retirar farmacos

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0327

## 1. TÍTULO

### PASEOS SALUDABLES

-se valora mejoria de la socializacion y comenzar a realizar en esos grupos otro tipo de actividades

DURACIÓN
El proyecto se inicia con periodicidad semanal desde 1 de Enero de 2019 hasta final del mismo, con vistas a seguirlo manteniendo con activo de la zona

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 - 2019/0409

## 1. TÍTULO

### MAPA: IMPLANTACIÓN Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA CARRES PIERA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BIESCAS-VALLE DE TENA
· Localidad ..... BIESCAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVER GARCIA PAULA
BOBE PELLICER MARIA ANGELES
CALVO LACASTA ELENA
BOSQUE OROS ANNADEL
SALCEDO GIL MARISOL
BETRAN LACASTA CRISTINA
BANET RISCO MARI CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza formación del personal medico y de enfermeria de acuerdo al programa y funcionamiento del aparato por parte de la empresa que lo instala. El propgrama de volcado de datos de instala en el ordenador de la sala multiusos del centro.
Se crea la sala en la agenda OMI del centro de salud en el que se puede citar un paciente al dia. Vamos citando a los pacientes en función de criterio medico-enfermeria cuando se considera que cumple las condiciones dichas anteriormente de indicacion de MAPA.
En consulta se explica a los pacientes en que consiste la monitorización ambulatoria de la TA y los beneficios que obtenemos, solicitando su consentimiento verbal para la realización de la prueba diagnóstica.
Se coloca el MAPA a primera hora de la mañana y se retira a las 24h, para facilitar la accesibilidad las medicos/enfermeras de los consultorios de Sallent y Panticosa suben a los consultorios el aparato y alli se lo colocan al paciente. Tras el volvado de datos, se imprimen los resultados asi como las gráficas y se cita de nuevo al paciente en consulta de medicina, se le da el diagnóstico y se procede a las modificaciones o instauración del tratamiento antihipertensivo, explicando al paciente con los datos y los gráficos el porque de las decisiones tomadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto se pone en marcha en Enero y en Abril de este año el aparato debe ser enviado a mantenimiento por fallo técnico ya que no realiza las mediciones correctamente. Posteriormente en Agosto se nos devuelve el aparato de MAPA pero sigue sin funcionar y tras la finalizacion del año, seguimos sin disponer del mismo; asi en esata memoria se van a dar los resultados referentes a 3 meses y medio (100 dias). Por este motivo no se han podido realizar las tres evaluaciones anuales para valorar los indicadores y solo disponemos de los del primer trimestre del año.
Primer trimestre:
Se citaron 16 pacientes con una edad media de 72 años; de los cuales 3 no acudieron o realizaron mal la técnica.
De los otros 13 pacientes la indicacion de MAPA fue:
-HTA refractaria 6 casos
-HTA bata blanca 1 caso
-HTA oculta (efecto inverso de la bata blanca) 1 caso
-Confirmacion diagnóstica 3 casos, en dos se descartó el diagnóstico de HTA y en uno se confirmó.
De los casos diagnosticados de HTA 9 casos se ajustó tratamiento en todos ellos, 6 eran estado No-dipper y 3 Dipper. Posteriormente se cito a los pacientes en consulta y en todos habia un buen control de la tensión arterial, ninguno de ellos posteriormente demandó por mal control de la misma.
La satisfacción de los pacientes en todos los casos ha sido muy positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha existido demanda por parte de los pacientes y los facultativos para la recuperación del recurso porque la hipertensión arterial es una de las patologias que con mas frecuencia vemos en nuestras consultas. Un correcto diagnóstico temprano y la adecuacion del tratamiento permiten controlar de manera mas eficiente uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. La tension arterial experimenta fluctuaciones a los largo del dia y en periodos actividad/descanso y en nuestro centro dada la dispersion geografica y en ocasiones las dificultades para acudir con frecuencia a la consulta para la toma de TA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/409 ========== ***

Nº de registro: 0409

Título

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0409

## 1. TÍTULO

## MAPA: IMPLANTACIÓN Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

MAPA: IMPLANTACION Y UTILIDAD EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
CARRES PIERA MARTA, CLAVER GARCIA PAULA, BOBE PELLICER MARI ANGELES, CALVO LACASTA ELENA, BOSQUE OROS ANNADEL, SALCEDO GIL MARISOL, BETRAN LACASTA CRISTINA, BANET RISCO MARI CARMEN

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

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hipertensión arterial es una de las patologias que con mas frecuencia vemos en nuestras consultas. Un correcto diagnsotico temprano y la adecuacion del tratamiento permiten controlar de manera mas eficiente uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. La tension arterial experimenta fluctuaciones a los largo del dia y en periodos actividad/descanso y en nuestro centro dada la dispersion geografica y en ocasiones las dificultades para acudir con frecuencia a la consulta para la toma de TA, se implanta el uso de MAPA: descartar la hipertenson de bata blanca, HTA refractaria, modificaciones de la medicacion, HTA oculta (efecto inverso de la bata blanca)
Se crea una agenda sala de MAPA en la que diariamente se puede citar un paciente, somos cuatro cupos y nos vamos citando a los pacientes en funcion de criterio medico-enfermeria cuando se considera que cumple las condiciones dichas anteriormente de indicacion de MAPA

RESULTADOS ESPERADOS
-El proyecto se aplica a todos los mayores de 14 años diagnsoticados de HTA de bata blanca, HTA refractaria, HTA que requeire modificaciones en la medicacion o HTA oculta
-Se espera conseguir un buen control de las cifras de TA gracias al MAPA porque nos muestra las variaciones del ritmo circadiano y permite de esta manera una mejor adecuacion del tratamiento
-satisfacion por parte del usuario dado el mejor control de su enfermedad y evitando citas continuas para control de TA en consulta

MÉTODO
Se realiza formacion del personal medico y de enfermeria de acuerdo al programa y funcionamiento del aparato
En consulta se explica a los pacientes en que consiste la monitorizacion ambulatoria de la TA y los beneficios que obtenemos
Se crea la sala en la agenda OMI del centro de salud

INDICADORES
-Se valora el numero de MAPA realizados a lo largo del año en la poblacion con disgnostico de HTA
-A los pacientes que se coloca la monitorizacion se valora el grado de control de cifras de TA tras este y una vez adecuada la medicacion
- demanda de pacientes con diagnostico de HTA tras colocar MAPA por mal control de cifras de TA
-satisfacion por parte de los usuarios y percepcion de control de su enfermedad

DURACIÓN
Se inicia en Enero de 2019 y su duracion sera anual. Se realizaran tres evaluaciones anuales para valorar los indicadores

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

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

## 1. TÍTULO

### BAXANDO T'A ESCUELA

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante 2019 se han realizado tres reuniones del equipo de mejora para preparar las charlas que se iban a impartir.
Febrero de 2019: Charla en el colegio de Fiscal sobre primeros auxilios dirigida a niños de 3-7 años.
Marzo 2019: Charla en el Colegio de Broto sobre RCP básica dirigida a niños de 6 a 10 años
Diciembre 2019 : Charla en el Colegio de Broto sobre RCP básica dirigida a niños de 10 a 14 años

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Según consta en los registros propios de nuestro centro de salud se han realizado un total de 3 charlas a lo largo del año 2019 que no llegan al estandar esperado de una charla por trimestre en cada colegio (Broto, Fiscal, Torla)
A lo largo del año se desestimó realizar cuestionario de adquisición de conocimientos como se indicaba en el proyecto inicial ya que resultaba complejo dada la variabilidad de edades.
No se realizaron encuestas de satisfacción pero desde el equipo directivo del CRA Alto Ara han hecho llegar al centro la satisfacción del personal docente y de los alumnos.

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

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

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

Nº de registro: 1069

Título
"BAXANDO T'A ESCUELA"

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

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

## 1. TÍTULO

### BAXANDO T'A ESCUELA

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

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

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

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

*Fuente: opendata/aragon.es/servicios/cras/evolucion-alumnos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1. TÍTULO

### BAXANDO T'A ESCUELA

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

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1428

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA TORRERO BESCOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS BROTO
· Localidad ..... BROTO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLES LLERDA RAQUEL
DE LOPE ROMEO MARIA
RUBIO GONZALEZ PAULA
FERNANDEZ SERON ITZIAR
PALAZON FRANCO MARTA
PEREZ MARINAS RAQUEL
PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Al inicio del proyecto se realizó una sesión clínica sobre la Estrategia del Pie diabetico en Aragon. Posteriormente los profesionales de enfermería comenzaron a realizar las valoraciones delpie de los pacientes diabéticos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados distan mucho del objetivo propuesto, habiéndose realizado valoración del pie diabético en el 23,2% de los pacientes cuando el estandar que se pretendía alcanzar era del 90%. Los pacientes de riesgo moderado (10,34%) a los que se se les realizaron 2 revisiones fue del 64% (Estandar 90%). El único paciente que se catalogó como riesgo alto fue valorado en más de 3 ocasiones en el año (Estandar 90%) fue valorado por la unidad de pie diabetico del Hospital Provincial (100%) realizándose dada la dificultad para el traslado por via telemática con su responsable

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los resultados en 2019 han sido mucho más bajos de lo esperado debido a los cambios en el personal de los dos cupos de enfermería por jubilación y traslado, haciéndose cargo dos nuevos profesionales provenientes de atención especializada con poca experiencia en manejo de planes personales y de enfermería en OMI, lo que puede justificar en parte los malos resultados. Por ello, si la comisión de valoración lo considera oportuno proponemos dar continuidad al proyecto en 2020 con dos nuevas sesiones de formación en manejo de planes personales y recuerdo de la Estrategia del pie diabetico en aragon para intentar llegar a los estandares propuestos en los indicadores del proyecto inicial el proyecto i

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1428 ========== ***

Nº de registro: 1428

Título
MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

Autores:
TORRERO BESCOS YOLANDA, BELLES LLERDA RAQUEL, DE LOPE ROMEO MARIA, RUBIO GONZALEZ PAULA, FERNANDEZ SERON ITZIAR, PALAZON FRANCO MARTA, PEREZ MARINAS RAQUEL, PIEDRAFITA CARILLA JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BROTO

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

PROBLEMA

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1428

## 1. TÍTULO

### MEJORA EN LA DETECCION, SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PIE DIABETICO EN EL CENTRO DE SALUD DE BROTO

El programa de Atención integral a la diabetes mellitus en Aragón de Mayo de 2014 establecía varias líneas de atención a las complicaciones crónicas, siendo una de ellas la atención al pie diabético. La prevalencia del pie diabético se estima entre el 8 y el 13% de los pacientes diabéticos. Los problemas derivados de la atención al pie son uno de los principales capítulos de gasto en la atención a la diabetes en todo el mundo, en especial las amputaciones, por lo que es importante un tratamiento temprano y una estrategia de prevención. Es imprescindible la revisión adecuada de los pies en todos los diabéticos para valorar el riesgo y proceder en consecuencia.
En nuestro centro, durante 2018 se había revisado los pies en menos de la mitad de los pacientes diabéticos quedando el 58,06% sin revisión a 31 de Diciembre de 2018, una cifra que ofrece, sin duda, un gran margen de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo 1: Mejorar la tasa de revisión de los pies de los diabéticos de nuestra zona de salud
Objetivo 2: Realizar las revisiones aconsejadas por el programa de Atención integral a la diabetes mellitus en Aragón. (Una vez al año en pies con riesgo bajo, dos veces al año en pacientes con riesgo moderado y al menos 3 veces al año en pacientes con riesgo alto
Objetivo 3: Derivar a la Unidad de Ulceras crónicas del Hospital Sagrado Corazón de Jesús (unidad de referencia en la atención al pie diabético de nuestro Sector) a todos los pacientes con pies de riesgo alto.

MÉTODO
Sesión formativa en el equipo sobre la Estrategia del pie diabético en Aragón y su circuito asistencial.
Sesión formativa sobre exploración del pie diabético.
Captación activa a los diabéticos de cada cupo haciendo hincapié en aquellos en los que no conste revisión de los pies. Establecimiento de la periodicidad de la revisión de cada paciente en función del riesgo. Los pacientes saldrán de la consulta con la cita para la siguiente revisión.
Derivación a la Unidad de referencia de pie diabético a los pacientes con pie de riesgo alto.

INDICADORES
INDICADOR 1: Revisionpie. Numerador: Pacientes diabéticos a los que conste revisión de sus pies; Denominador: Pacientes diabéticos.
Fuente: Aplicativo web del Cuadro de mandos de diabetes
Estandar: 90%
INDICADOR 2: Riesgomoderado. Numerador. Pacientes con riesgo moderado a los que consten 2 revisiones en el último año. Denominador: Pacientes con riesgo moderado
Fuente: OMI-AP
Estandar: 90%
INDICADOR 3: Riesgoalto: Numerador: Pacientes con riesgo alto a los que consten 3 revisiones en el último año. Denominador: Pacientes con riesgo alto
Fuente: OMI-AP
Estandar: 90%
INDICADOR 4: Derivacion: Numerador: Pacientes con riesgo alto derivados a la unidad de pie diabético. Denominador: Pacientes con riesgo alto
Fuente: OMI-AP
Estandar: 100%

DURACIÓN
ABRIL 2019: Sesiones formativas
MAYO-DICIEMBRE 2019: Realización de las actividades
DICIEMBRE 2019: Evaluación del proyecto. Análisis de resultadosy decisión sobre continuidad o fin de proyecto

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

## 1. TÍTULO

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES**

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES CABAÑUZ LATORRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCUER MENDOZA ANA
MAZA MOREU CELIA
OLMEDO MARTINEZ NAYLA
BAGAN FORTEA SERGIO
SOPENA GRACIA JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Reunión de participantes para diseño del programa, puesta en conocimiento de los representantes del ayuntamiento de Robres.
2- Sesión Informativa del proyecto al E.A.P. de Grañén.
3- Sesión informativa del proyecto a la comunidad realizada en el Salón de Actos del Ayuntamiento de Robres el día 4 de abril de 2019.
4- Cribaje en consultas de Medicina y Enfermería, para asignación de los participantes a los diferentes Grupos.
5- Elaboración de Ficha individual de participantes (para inicio, derivación y seguimiento de los mismos).
6-Tarjeta realizada por el Ayto de Robres para acudir cada participante mayor de sesenta y cuatro años, y censado en esta población y seleccionado para participar en este proyecto. Esta tarjeta permite acudir a los servicios ubicados en el polideportivo de la localidad (Nutricionista, Fisioterapeuta y Preparador Físico.)
7- En el consultorio local seguimiento mensual en consulta de medicina y de enfermería de los participantes; así como registro de actividades en la Agenda Comunitaria (Activos en Salud).
8- Seguimiento en consultas de profesionales (2 consultas por participante) en
9- El Material para desarrollar el proyecto utilizado, en consulta de Medicina y Enfermería, ha sido el siguiente:

Cuestionario validado de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA). Programa OMI (registros de peso, IMC (Inicio, Seguimiento y Final). Test de Tinetti (valoración marcha y equilibrio). Valoración inicial del test, dos cortes del mismo y valoración final. Valoración EVA Inicial y final y registro.
Realización de hojas de Excel para registro de los datos de Grupo 1/2/3.
Se ha cumplido el calendario de Actividades aunque se han prolongado en fechas finalizando en el Mes de Enero 2020.
Recursos Empleados.
Recursos Humanos. Participantes en el Proyecto. Recursos materiales: instalaciones del Polideportivo de la localidad. Consultorio local y material del mismo (ordenador, Programa OMI, báscula, tallímetro. Cuestionarios ya mencionados en este proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Grupo 1.
Nº de participantes con una reducción del peso corporal >5%/nº de participantes del Grupo 1=18/35=51%. Se ha alcanzado el Objetivo estándar.
Nº de participantes del Grupo 1 con una mejora del Cuestionario (CFCA) Después/Antes/participantes del Grupo1.
Este cuestionario recoge 9 subgrupos.
1. Lácteos, grupo de consumo importante en este grupo de edad, se ha mejorado en el consumo de lácteos desnatados en antes 3/35 y después 10/35.
2. Huevos, Carnes y Pescado, no se ha producido cambios en consumo de huevos, se modifica consumo de carne de cerdo. Se mantiene el consumo de carne de aves. Y no se modifica el consumo de pescado.
3. Verduras y hortalizas. Sin cambios en este grupo.
4. Frutas si se ha producido un aumento en el consumo de cítricos.
5. Legumbres y cereales. Se mantiene el consumo aunque se ha modificado la forma de elaboración produciéndose un cambio en 5%. De los participantes.
6. Aceites y Grasas. Se mantiene el consumo de aceite de oliva de producción propia.
7. Bollería y Pastelería. Esta pastelería es producida fundamentalmente en panaderías artesanas de la población. Altamente extendido el consumo en desayunos y meriendas. (Madalenas, etc.) Hemos intentado se reduzca de forma diaria este consumo. La percepción de la población es que este tipo de producto es casi como “seña de identidad de la población” con respecto a otras poblaciones vecinales.
8. Miscelánea. (Sopas de sobre, croquetas, mahonesas, salsas, etc.) este grupo está formado por alimentos fundamentalmente procesados. No es grupo de consumo frecuente en esta edad de los participantes y población.
9. Bebidas .Fundamentalmente consumo de vino de producción propia.
Estamos ante una población rural con edad de los participantes superior a 64 años, donde continua la producción propia en muchos de los alimentos que se consumen de forma diaria, por la existencia de (huertos, granjas de aves, cerdos, producción de aceite de oliva, lo cual es favorable en algunos casos y difícil de modificar en caso de alimentos no saludables.)

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

## 1. TÍTULO

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES**

Grupo 2.
Nº de participantes del Grupo 2 con riesgo de caídas (Tinetti<25) que se han mejorado en más de 3 puntos la puntuación en la escala de Tinetti después de la Intervención Respecto del nº de participantes del Grupo 2 que presentan riesgo de caídas antes de la intervención 3/30=10%.
Nº de participantes del Grupo 2 con un aumento de más del 5% de la movilidad articular (Medida con el Goniómetro)/nº de participantes del Grupo 2.=7/30=23%
Grupo 3.
Nº de participantes con una percepción de menos dolor (>1punto de diferencia medido mediante Escala E.V.A. (0-10) Después –Antes /Nº participantes del Grupo 3. 6/10=60%. Se ha alcanzado el Objetivo estándar.
Nº total de participantes en el Proyecto (Grupos 1, 2 y 3) Que han conseguido después de la intervención "Entren" dentro de los valores de referencia, intervalo normal, según el Genero y las distintas Edades/nº de participantes del proyecto que están fuera de esos valores normales antes de la intervención.
Grupo 1, Mujeres 10/20, han conseguido una reducción del peso corporal superior al 5% y en Hombres 8/7, han conseguido una reducción del peso corporal superior al 5%.
Grupo 2, Número de Participantes del grupo 2 con riesgo de caídas (Tinetti <25) que se han mejorado en más de tres puntos. Mujeres 2/18; Hombres 1/9. Apdo. 2 Número de participantes del grupo 2, con un aumento de más del 5% de la movilidad articular (medida con el goniómetro) Mujeres 6/14, Hombres 1/9.
Grupo 3. Número de participantes con una percepción de menos dolor (>1) Mujeres 4/2 y Hombres 2/2.
Todos los participantes por definición en el proyecto tienen edades >64 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Seguimos recomendando, en consulta diaria la práctica de Hábitos saludables el proyecto confirma la motivación existente en esta población, que a pesar de su edad (personas mayores de 64 años) sigue siendo suficiente para poder iniciar cambios en hábitos saludables, con apoyo e información adecuada.El proyecto fue sostenible gracias al apoyo económico del Ayto de Robres, dirigido hacia los profesionales del Polideportivo, en la actualidad no habrá seguimiento puesto que se ha decidido destinar recursos a otras iniciativas como al programa comunitario de autonomía personal, lo cual impide la continuidad directa de este programa, pero pensamos ha sido un buen inicio para concienciar en el seguimiento de otros programas.

7. OBSERVACIONES.
VIÑUALES PALOMAR CARLOS. NO HA PARTICIPADO EN EL PROYECTO POR CAMBIO EN PUESTO DE TRABAJO.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/652 ========== ***

Nº de registro: 0652

Título
ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES

Autores:
CABAÑUZ LATORRE MERCEDES, MENDOZA ESCUER ANA, VIÑUALES PALOMAR CARLOS, MAZA MOREU CELIA, OLMEDO MARTINEZ NAYLA, BAGAN FORTEA SERGIO, SOPENA GRACIA JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SOBREPESO, OBESIDAD Y TRASTORNOS DE MOVILIDAD/MARCHA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El envejecimiento es un proceso natural de la vida y lo deseable es que este proceso sea activo y saludable.
La Zona Básica de Salud (ZBS) de Grañén cuenta con un porcentaje del 31.11% de personas mayores de 65 años respecto a la población total. En la localidad de Robrés hay censadas en la actualidad 162 personas mayores de 64 años.
La población de Robrés cuenta con una instalación polideportiva además de consultas con nutricionista, fisioterapeuta y preparador físico. El equipo del ayuntamiento propone la gratuidad de los mismos para las

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

## 1. TÍTULO

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES**

personas mayores de 64 años residentes en la localidad. El equipo sanitario de Robres conoce la pre valencia de hábitos no saludables relacionados con la alimentación y la actividad física en personas de esta franja de edad, así como de otros problemas relacionados con la movilidad y fragilidad. Concretamente, y aplicable a la localidad de Robrés, la tasa de sobrepeso-obesidad de esta ZBS por 1000 habitantes es de 309,54
Los trastornos de la marcha son un problema en la población adulta mayor y causa importante de limitación funcional en las actividades de la vida diaria.
Por todo ello el personal sanitario del SALUD y los profesionales de diferentes ámbitos de la salud y del deporte que tiene contratados el Ayuntamiento de Robres van a promover y desarrollar de forma coordinada este proyecto comunitario que contribuirá a mejorar los hábitos de salud de la población.

RESULTADOS ESPERADOS
-Promover una alimentación saludable y una pérdida de peso, a través de la educación en hábitos alimentarios adecuados y la práctica de ejercicio físico,
-Mejorar la movilidad/marcha (amplitud de movimientos, equilibrio y marcha) mediante la realización de terapias físicas y la realización de actividad física
-Disminuir la percepción del dolor (dolor crónico) mediante la realización de terapias físicas y realización de actividad física

MÉTODO
El equipo sanitario realizará el cribaje de la población a través del Censo y determinará en la consulta individualizada la población incluida en el proyecto y los objetivos que para cada uno de ellos se persiguen
Población diana: Todos ellos serán personas mayores de 64 años que voluntariamente quieran participar y sean seleccionados de acuerdo a alguno de los siguientes criterios:
Criterios de inclusión:
Grupo 1. Personas con un Indice de Masa corporal = ó > 25.
Grupo 2. Personas con problemas de movilidad en la marcha (camina con ayuda: andador, muletas ó bastón y/o antecedentes de caídas)
Grupo 3. Personas con dolor osteomuscular o osteoarticular crónico
*Cada persona puede estar incluido en más de un grupo.

Intervención:
Grupo 1. En la consulta de la Nutricionista se realizará entrevista nutricional y se trabajaran hábitos alimentarios adecuados.
Grupo 2 y Grupo 3. En la consulta del Fisioterapeuta se realizará una valoración de la marcha y el equilibrio, una valoración de la movilidad articular y una valoración del dolor
Grupos 1,2 y 3. El Preparador físico orientará la actividad física más apropiada mediante la realización del Senior Fitness Test (SFT)

INDICADORES
Nº Participantes del grupo 1 con una reducción del peso corporal >5% /nº participantes del grupo 1. Estándar >50%.
Nª Participantes del grupo 1 con una mejora del Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) después-antes / Nª Participantes del grupo 1 Estándar >50%
Nº de Participantes del grupo 2 con riesgo de caídas (Tinetti < 25) que se han mejorado en más de 3 puntos la puntuación en la escala de Tinetti después de la intervención respecto del Nº de participantes del grupo 2 que presentan riesgo de caídas antes de la intervención . Estándar: > 30%
Nª Participantes del grupo 2 con un aumento de más del 5% de la movilidad articular (medida con el goniómetro) / Nª Participantes del grupo 2. Estándar > 50%
Nª Participantes del grupo 3 con una percepción de menos dolor ( > de 1 punto de diferencia medido mediante escala EVA 0-10) después-antes/ Nª Participantes del grupo 3. Estandar >20%
Nº Total de Participantes en el proyecto (grupos 1,2 y 3) que se ha conseguido que después de la intervención "entren" dentro de los valores de referencia, intervalo normal, según el género y las distintas edades/Nº participantes del proyecto que están fuera de esos valores normales antes de la intervención. Estándar: > 30%.

DURACIÓN
Inicio: Marzo 2019. Final: Enero 2020
Diseño de la ficha para la valoración y seguimiento del usuario. Marzo 2019
Establecimiento del Calendario de reuniones de los profesionales implicados. Marzo 2019.
Sesión informativa del proyecto en el ayuntamiento. Marzo 2019
Cribaje en consultas de medicina y enfermería.Marzo/Abril 2019.
Consultas nutricionista, fisioterapeuta y preparador físico e inicio de actividades en el polideportivo mayo 2019.
Consulta medicina /enfermería de seguimiento: 1ª consulta: 2ª quincena de junio/julio. 2ª consulta septiembre./octubre.
Consulta final del proyecto medicina/enfermería: 2ª noviembre/diciembre
Evaluación indicadores: Enero 2020.

OBSERVACIONES

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0652

## 1. TÍTULO

**ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE. MEJORA DE LA SALUD DE LA POBLACION MAYOR DE 64 AÑOS DE EDAD EN LA LOCALIDAD DE ROBRES MEDIANTE UNA INTERVENCION COMUNITARIA EN HABITOS SALUDABLES**

```
Antigua línea: Otras


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 - 2019/1403

## 1. TÍTULO

**MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA**

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN QUINTANA VELASCO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS GRAÑEN
· Localidad ..... GRAÑEN
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA LAUNA DOMINGO
NOGUES SEN MARIA LOURDES
MENDOZA ESCUER ANA
SOLANES OLIVAN PILAR
ELFAU MAIRAL MARIA
PUY CABRERO ALICIA
MARTINEZ SANCHEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades se realizaron siguiendo el cronograma establecido.
En primer lugar, ante el aumento de prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) especialmente en pacientes ancianos y pluripatológicos, y la necesidad de ajustar la dosis de determinados medicamentos como los hipolipemiantes a la función renal para evitar efectos secundarios, se realizó una búsqueda bibliográfica cuyos resultados se expusieron en una reunión inicial, de la que salió la necesidad de realizar un Proyecto de Mejora para la adecuación farmacológica.
En una fase inicial se vio la necesidad de determinar la prevalencia real de pacientes con ERC del área de Grañén, y su registro apropiado con Episodio en OMI de ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (U99), así como de excluir a aquellos que no la tenían. Para ello se configuró un listado de pacientes con Episodio ya creado, y otro con los datos de Filtrado Glomerular obtenido en las analíticas del año previo (2018), que se envió a cada miembro del proyecto para que revisara los pacientes de su cupo, elaborando finalmente el listado definitivo con paciente con ERC del Centro de Salud de Grañén.
Se realizó una presentación PowerPoint para explicar las indicaciones de los FARMACOS HIPOLIPEMIANTES en virtud del grado de ERC, que deberían ser revisadas posteriormente.
En una segunda fase, se realizó un cruce del listado de los pacientes en tratamientos con fármacos hipolipemiantes, con el listado de pacientes con Episodio de ERC (U99) por parte de la Farmacéutica de Atención Primaria, de esta forma se identificaron los pacientes susceptibles de revisión y ajuste de fármacos, y se elaboró un nuevo listado que se envió a cada facultativo responsable, para valoración individualizada de la necesidad o no de ajuste de medicación.
Posteriormente tras evaluar cada caso, cada facultativo responsable contactó con los pacientes que requerían ajuste de su medicación para actualizar la prescripción.
Una vez terminado, se realizó la evaluación de los datos e intervenciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El listado inicial previo a la intervención constaba de 293 personas con episodio abierto de ERC (U99) definida en OMI en mayo 2019. Al revisar los datos del Filtrado Glomerular extraído de analíticas realizadas a los usuarios del Centro de Salud de Grañén en el año previo (2018), se identificaron a 68 personas con el episodio definido de ERC (U99) que tenían un FG >60 el año previo, y por tanto susceptibles de NO cumplir criterios de ERC en la fase previa a la intervención.
Tras la primera intervención, en noviembre de 2019 se realizó una nueva cuantificación de los episodios de ERC definidos en OMI, encontrándose 11 nuevos casos, y 70 episodios eliminados, con lo que la cifra final de pacientes con episodio de ERC en OMI fue de 234 pacientes. El indicador de nuevos pacientes sobre el total de episodios registrados de ERC en OMI fue de 4.7%, superior al estándar del 3%.
Respecto a la intervención farmacológica, en los 234 pacientes con ERC se identificaron un total de 123 prescripciones de hipolipemiantes que, tras su revisión, dieron lugar a 11 modificaciones (de las 14 teóricamente recomendadas), lo que supone 8.9%, cifra claramente superior al estándar del 5%.
Finalmente la Comparativa de pacientes con episodio de ERC hasta el 2018 y analítica de función renal hasta el año 2018 fue del 76.8% frente al 83.6% de pacientes con episodio de ERC y analítica durante 2019 fue del 83.76%, lo que supone una mejoría en el 9% de analíticas de control realizadas, superior al estándar del 5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La intervención fue eficaz porque produjo una mejora tanto en la identificación de los pacientes con ERC y su correcta clasificación con episodio de ERC en el OMI, su seguimiento clínico así como en la adecuación farmacológica de los fármacos ajustados al filtrado glomerular.
El balance para el equipo ha sido muy positivo ya que permite una mejora en la atención sanitaria a nuestros pacientes al disminuir la morbilidad y posibles complicaciones, gracias a un trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1403

## 1. TÍTULO

**MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA**

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1403 ========== ***

Nº de registro: 1403

Título
ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Autores:
QUINTANA VELASCO CARMEN, ARA LAUNA DOMINGO, NOGUES SEN MARIA LOURDES, MENDOZA ESCUER ANA, SOLANES OLIVAN PILAR, ELFAU MAIRAL MARIA, PUY CABRERO ALICIA, MARTINEZ SANCHEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ERC se define como la disminución de la función renal (FR), expresada por un FG < 60 ml/min/1,73 m2, o la presencia de daño renal (albuminuria, hematuria, alteraciones histológicas o de pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.

La prevalencia de la ERC aumenta de forma progresiva con la edad, y puede presentarse de forma aislada o concomitante con otras enfermedades, como la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, de hecho, ha sido definida por las guías europeas como un "equivalente coronario", por lo que es importante en estos pacientes intensificar las medidas de control de factores de riesgo cardiovascular y de progresión de la enfermedad.

El deterioro de la función renal puede disminuir la eficacia o seguridad de algunos fármacos, aumentando la probabilidad de efectos adversos, toxicidad y hospitalizaciones, con la consiguiente morbimortalidad asociada, por lo que es importante evitar el uso de fármacos nefrotóxicos o ajustar la dosis de estos fármacos en la ERC.

Para lograr estos objetivos el tratamiento de elección son las estatinas, y en pacientes con ERC deben ajustarse las dosis.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
? Disminuir la morbimortalidad asociada al efecto de los efectos adversos de la medicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
? Mejorar la detección de IRC en el Centro de Salud de Grañén.
? Mejorar el control de los pacientes con IRC. Realización/control de al menos 1 determinación de su Función Renal (FGE) en el último año.
? Reducir el número de efectos adversos de la medicación hipolipemiante mediante su ajuste a los valores del FGE en los pacientes con IRC.

MÉTODO
Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los pacientes IRC, de los valores del filtrado glomerular de todos los pacientes del Centro disponibles en el Laboratorio de Huesca y de las prescripciones de fármacos hipoglucemiantes (presentación y dosis). Fuentes de datos: OMI.AP, Izasa y Receta electrónica.
Se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.
Se contactará con los pacientes que requieren una modificación de la prescripción de fármacos. Se les comunicará y se actualizará la prescripción.
Análisis de resultados y lecciones aprendidas.

INDICADORES
• Número de pacientes con nuevo episodio registrado en OMI de IRC (Descriptores: IRC, INSUFICIENCIA RENAL

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1403

## 1. TÍTULO

**MEMORIA PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD: ADECUACION FARMACOLOGICA DE HIPOLIPEMIANTES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA**

CRÓNICA y NEFROPATÍA DIABÉTICA)* / Número total de pacientes con episodio registrado en OMI de IRC en el listado del día 18/05/2019. Estándar>3%.
*Resulta de restar del listado obtenido el día 18/05/2019 el listado del día 16/04/2019
• Comparativa. % de pacientes con episodio IRC y analítica de Función Renal en el año 2019 versus 2018. Estandar: > 5%
• Indicadores: nº pacientes IRC con prescripción hipolipemiantes modificada/ nº pacientes IRC con prescripción hipoglucemiantes. Estándar: > 5%. Fuente: Elaboración propia ó Receta electrónica.

DURACIÓN
• Comunicación en reunión del proyecto a todas las médicas y enfermeras del centro de Salud. ABRIL 2019.
• 1ª Fase: Identificar los pacientes con IRC. ABRIL-1º QUINCENA DE MAYO 2019. Cada miembro del proyecto los pacientes del cupo que tiene asignado.
Configurar un listado con la relación de pacientes del CS de Grañén con EPISODIO abierto en OMI de IRC .Posteriormente se cruzará con un listado de datos del FGE obtenido en el laboratorio para todo el año 2018.
Los pacientes sin episodio de IRC con un último resultado de FGE en 2018 inferior a 60 se reflejarán aparte para una revisión individualizada y ver si se precisa una nueva determinación para su catalogación como IRC. De igual forma si hay episodios de IRC con filtrados > 60 se revisará su procedencia en activo. Con todo ello se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.15/05/2019.
Esta fase se hará conjuntamente con los integrantes del proyecto de Adecuación farmacológica del tratamiento hipoglucemiante en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.
• 2ª Fase. 2ª QUINCENA DE MAYO
• Reunión de los integrantes del proyecto para elaborar un guión de las indicaciones de los FARMACOS HIPOLIPEMIANTES en virtud del grado de IRC.
• Descarga de los fármacos definidos asociados a los pacientes afectos de IRC. Farmacéutica AP
• Distribución por CIAS de las tablas con los pacientes IRC, último dato FGE en 2018 ó 2019, según el caso, y los fármacos hipolipemiantes prescritos.
• Identificación de los paciente susceptibles de una revisión a tenor de las tablas proporcionadas
• 3ª Fase. Junio-Noviembre
• Los pacientes identificados se citarán en Consulta no presencial de medicina para verificar y realizar, si se precisa, el ajuste de medicamentos según los últimos datos de función renal disponibles.
• Se contactará con los pacientes que requieran el ajuste para comunicárselo y se actualizará la prescripción.
• Medición de los indicadores. Diciembre 2019-Enero 2020.

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 - 2019/0134

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL C.S. DE HECHO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NOELIA MONTON AGUARON
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS HECHO
· Localidad ..... HECHO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ DEL CASTILLO DANIEL
DIEZ MUÑOZ MARIA ELENA
VAQUEZ ECHEVARRIA ADELA
CHOLIZ MUNIESA SANTIAGO
DIEZ MUÑOZ TANIA
FERRER SANTOS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-DISEÑO DE UNA NUEVA HOJA DE REGISTRO DE FIRMAS PARA LA REVISÓN DE LA SALA DE URGENCIAS EN FORMATO ELECTRONICO.FORMATO PO-01-18HU8P9HE.REVISION:C,MODIFICANDO LOS APARTADOS A REVISAR DIARIAMENTE.
-DISEÑO DE NUEVOS CHECK -LISTS EN FORMATO PAPEL PARA CADA PARTE DE LA SALA,MALETÍNES Y CARRO DE PAROS,DISPONIBLES EN LA SALA DE URGENCIAS.
-ESTABLECIMIENTO DE STOCK DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS PARA REPOSICIÓN DE MEDICACIÓN EN CAJETINES.
CADA PERSONA QUE REALIZA ATENCIÓN CONTINUADA EN C.S DE HECHO AL COMENZAR LA GUARDIA REALIZA LA REVISIÓN BAJO LISTADO DIARIA DE LA MISMA,FIRMA LA HOJA DE REGISTRO,SE ENCARGA DE LA REPOSICIÓN DE LO GASTADO Y PRECINTADO DE MALETINES.

-SE HAN SOLICITADO NUEVOS MATERIALES ESPECÍFICOS Y MEDICACIÓN PARA LA SALA DE URGENCIAS RECIBIENDO:MAD NASAL,MASCARILLAS AMBU PEDIATRICAS,PALA DE LARINGO...
-ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN URGENTE A LO LARGO DEL 2019:
-05/19.CASO CLÍNICO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
-06/19TEP.CRISIS ASMATICA
-07/19 TCE EN PEDIATRIA.APLICACIONDEL TRIANGULO DE VALUACION PEDIATRICA
-09/19LISTERIOSIS
11/19 INTOXICACION POR CO
12/19 CRUP.LARINGITIS AGUDA EN PACIENTE PEDIATRICO.

EL EQUIPO SE HA REUNIDO EN CUATRO OCASIONES CON EL FIN DE IR REVISANDO DIFERENTES ASPECTOS DEL PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-NÚMERO DE INCIDENCIAS REGISTRADAS REFERENTES A FALTA DE MATERIAL EN LA SALA,FALTA DE MEDICACIÓN Y MEDICACIONES CADUCADAS EN 2019: 32
-DISMINUCION EN NUMERO DE INCIDENCIAS EN UN 50%, RESPECTO AL AÑO ANTERIOR,COMPARANDO NÚMERO REGISTRADO DE INCIDENCIAS 2018 (61)CON NUMERO DE INCIDENCIAS 2019(32)
- ACCIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN URGENTE DENTRO DE LA FORMACIÓN DE EQUIPO:6 SESIONES EN 2019,CUMPLIENDO EL OBJETIVO MARCADO (2 SESIONES POR SEMESTRE)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CON ESTE PROYECTO HEMOS PRETENDIDO MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S HECHO REALIZANDO REVISIONES MAS EXHAUSTIVAS DE LA SALA DE URGENCIAS DE C.S DE HECHO,DISMINUYENDO LA FALTA DE MATERIAL, DE MEDICACIÓN Y MEDICACIÓN CADUCADA,IMPLICANDO A TODO EL EQUIPO QUE PRESTA SUS SERVICIOS.

SE HA PRETENDIDO AUMENTAR EL NUMERO DE SESIONES FORMATIVAS RELACIONADAS CON LA ATENCION URGENTE CON EL FIN DE MANTENER LOS CONOCIMIENTOS ACTUALIZADOS QUE REDUNDEN EN UNA ATENCIÓN SEGURA AL PACIENTE.

MEDIANTE LA OBSERVACIÓN SE HA DETECTADO LA NECESIDAD DE REVISAR LAS CADUCIDADES DE LA SALA JUNTO CON LA REVISIÓN DE CADUCIDADES DEL ALMACÉN EVITANDO ASÍ LA ENTRADA DE MATERIAL CADUCADO,POR ELLO SE HAN PASADO A REVISAR CONJUNTAMENTE CON LISTADO DE CADUCIDADES DE ALMACÉN.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/134 ========== ***

Nº de registro: 0134

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0134

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL C.S. DE HECHO

Título
MEJORA EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE C.S.HECHO

Autores:
MONTON AGUARON NOELIA, PEREZ DEL CASTILLO DANIEL, DIEZ MUÑOZ MARIEL, DIEZ MUÑOZ TANIA, CHOLIZ MUNIESA SANTIAGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el C.S. Hecho se han detectado deficiencias en la revisión y mantenimiento de la sala de urgencias que repercuten en fallos en la atención rápida y segura de los pacientes .
Además se percibe la necesidad de desarrollar acciones formativas periódicas en la atención en urgencias entre los profesionales .

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la eficacia en la asistencia en situaciones urgentes potencialmente graves y disminución de tiempos de actuación,evitando demoras innecesarias.
Garantizar la seguridad en la atención de los pacientes del servicio de urgencias.

MÉTODO
Revisiones diarias de la sala según listados y dias para evitar falta de material que demore la asistencia.
Reposición de material y precinto de maletines tras cada uso.
Revisión de caducidades de medicación mensual y mantenimiento diario de stocks mínimos de medicación.
Mejora del carro de paradas del C.S Hecho con adquisición de material adaptado a las necesidades de nuestro entorno.
Realización de al menos 2 sesiones formativas en Atención a Urgencias por semestre dirigidas a los profesionales.

INDICADORES
Número de Incicidencias registradas referentes a :
- falta de material en sala de urgencias
- falta de medicación en cajetines.
- medicaciones caducadas en cajetines.
% Disminución del número de Incidencias .
% Actividades Formativas relacionadas con la Atención en Urgencias.

DURACIÓN
2018-2019.Revisión anual.

OBSERVACIONES
Resaltar que el C.S Hecho es un centro periférico alejado de un recurso UME 24 hr.

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 - 2018/0774

## 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 24/01/2020

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han realizado este año un total de 28 registros, con el siguiente resultado:
13 DIPPER
4 BATA BLANCA
7 NO DIPPER
4 DIPPER EXTREMOS
Durante el año 2019 hemos realizado un 14% más de registros que el año anterior, y se sigue demostrando que existen pocos casos de hipertensión de BATA BLANCA, que se equiparan numéricamente con los casos detectados como DIPPER EXTREMO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tanto pacientes como el equipo han participado y colaborado de forma satisfactoria.
Como conclusión podemos decir que se verifica con este proyecto un alto porcentaje de hipertensión no diagnosticada previamente.
Cabe destacar que se han detectado un 21% de casos DIPPER y un 19% NO DIPPER por lo que creemos se debe seguir manteniendo el seguimiento haciendo hincapié en pacientes con sospecha de HTA.

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

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

Nº de registro: 0774

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

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

PROBLEMA
Encontramos pacientes con cifras tensionales elevadas en consulta, que en autocontroles son normales y queremos saber si es preciso tratar farmacológicamente.( hipertensión de bata blanca). Como criterios de inclusión pondremos :
- pacientes con más de tres tomas en consulta por encima de 140/90 mmhg y con autocontroles normales y sin

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

## 1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

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

## 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 27/02/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas
-4 sesiones en este años en julio 2019 y 18 25 y 26 febrero 2020

-Listado pacientes incluidos en programas de OMI EPOC y TABACO

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

-Sesion clinica repaso proyecto de mejora

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

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

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

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

-Taller de espirometria practica.

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

-Objetivos alcanzados febrero 2020

-TABACO DE 40 A 80 AÑOS . Incluidos 476 pacientes es decir 14 % ALCANZADO
-EPOC DE 40 A 80 AÑOS. Incluidos 63 pacietnes es decir 1,8%NO ALCANZADO

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Objetivos para año 2021.

-Aumentar cobertura en TABACO en poblacion de 40 a 80 años al 16%
-Alcanzar cobertura en EPOC en poblacion de 40 a 80 años de 2 %
.
-actividades a realizar seguir con revison anual de l programa con mismas actividades

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1001

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

Autores:
LABARTA PASCUAL MARIANO, GARCIA BALLARIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS

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

## 1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1153

## 1. TÍTULO

## PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PALOMA DELGADO BAVAI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS HUESCA RURAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ASO GOTA PILAR
BLANCO GIMENO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con el centro se convino realizar 1 charla trimestral, con repetición de la misma en 2 ocasiones para poder abarcar mayor número de alumnos Tras ponernos de acuerdo con el centro educativo se han realizado 2 charlas en Mayo y noviembre sobre el tema elegido previamente en el centro escolar, en este caso las ETS y Métodos anticonceptivos, las charlas fueron llevadas a cabo por la Dra julia meriz Rubio y la matrona del centro Verónica Blanco Gimeno. Se pasaron cuestionarios, algunas de la preguntas abiertas y otros tipo test a los alumnos, antes y depués para poder cotejar el grado de conocimiento y de aprendizaje. Posteriormente los resultados se han ido comentando en varias sesiones en el centro .

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras analizar los cuestionarios de ambas charlas,se objetiva una mejora en al puntuacion de aproximadamente un 16 %. La puntuación inical obtenida, previa a las charlas era de media 6'8 sobre 12 puntos, lo que refleja la situación de desconocimiento generalizado en este área, mejorando tras las charlas hasta cerca de un 9'9 sobre 12. Llama la tención que el primer grupo estaba formado exclusivamente por varones y su nota media fue inferior (6'8) al de al seguna charla que era un grupo mixto con predominio femenino(7'5), sobre todo en lo relativo a las preguntas sobre anticoncepción.
Considero importante destacar que el contenido de las preguntas era muy básico adaptado a adolescentes de unos 15-16 años y sin embargo el grado de desconocimiento en temas básicos y fundamentales era muy alto, donde se mezclaban conceptos erroneos, falsos mitos...esto nos tiene que llevar a reflexionar que por mucho acceso a la información via internet, ...no debemos dar ningún conocimiento por asumido por básico que nos resulte y hacer hincapié en cada consulta en cuestiones básicas de prenvención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el equipo consideramos que l aimplicación de los alumnos es fundamnetal para afinzar conocimientos por eso, aunque en esta ocasión se han realizado charlas con posterior turno de preguntas por parte de los alumnos, y a pesar de los buenos resultados y al satisfacción por parte de alumnos y profesores,estamos buscando metodología uqe favorezca la implicaón del alumno haciendo actividades más partitcipativas pr parte del mismo de modo que su implicación sea mayor,por ejemplo en los temas de nutrición realizar sus propias dietas o valorar otras dietas que se expongan en pequeños grupos de trabajo.
Desde el centro y según lo que se acordó damos por finalizadas las sesiones referentes a ETS y métodos anticonceptivosy nos plantean que la próxima tematica esté vinculada con al Nutrición, nuevamente realizaremos al menos 2 sesiones en los próximo trimestres. creemos que la relaizacion de test ante y depués es una buena forma de valorar la adquisición de conocimientos pero estamos estudiando la froma de haceles participar más activamente en el tema.

7. OBSERVACIONES.
El grado de satisfacción de este proyecto tanto por parte del centro educativo, como por la nuestra es muy elevado . El proyecto es sostenible, viable, integra a todos los componentes del equipo, y sobre todo hay un flujo de informacion bidireccional, del que nos beneficiamos todos, no se trata de impartir una clase magistral sobre un tema sino que somos los propios profesionales los que podemos mejorar nuestra práctica diaria al tener conocimiento directo y real de mitos, teorías que existen en la población.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1153 ========== ***

Nº de registro: 1153

Título
PROMOCION DE LA SALUD EN AL ADOELSCECNIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Autores:
DELGADO BAVAI PALOMA, ASO GOTA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HUESCA RURAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1153

## 1. TÍTULO

## PROMOCION DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA A TRAVES DE LA ESCUELA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevencion de patologia más frecuente en la poblacion diana adolescente
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que trascurre desde la pubertad hasta la edad adulta. se tata de unos años de importante cambio físico, psíquico y social que pueden determinar drásticamente la vida del individuo.Según la OMS cada año mueren 1'3 millones de adolescentes en el mundo, en la mayoría de casos por causas prevenibles o tratables. La principal causa de muerte son las acidentes de trafico, seguido de VIH, suicidio, infecciones respiratorias y actos violentos, sin olvidar lo problemas derivados de embarazos precoces, consumo de tabaco,alcohol y drogas, sedentarismoy trastornos mentales.
En nuestro medio esta casuística se repite, con un alza en los últimos años de las enfermedades de trasmisión sexual o aparición de nuevas adicciones como es el caso de las nuevas tecnologías.
Ante una consulta realizada por el Centro Integrado de Educación de Formación Profesional Monteargon, en la que planteaban dudas en la actuación y prevención con un alumno portador de VIH, surge la idea de realizar una serie de ciclos formativos que respondan a las principales cuestiones planteadas por el alumnado y el centro en lo referente a los principales problemas de salud que peuden afectar a este rango de edad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es la prevención, o al menos favorecer la detección precoz y problemas de salud relacionados con la adolescencia. Se tata de charlas previamente convenidas con la diección del centro referentes a problemas de salud en al adolescencia, ETS; métodos anticonceptivos, consumo de drogas, maniobras de RCP basica, alimentacion en el deporte, ...dirgidas al alumnado principalmente con el fin de aportar la informacion necesaria para que puedan prevenir situaciones, o detectar de un modo más precoz su presencia facilitando el posible tratamiento de las mismas y evitando complicaciones, así como valorar el grado de información, desnformación que poseen de estos temas y eviatr los "falsos mitos" que suelen circular entre estas edades

MÉTODO
De acuerdo con el centro de estudios se ha elaborado un plan de trabajo, donde lso distintos profesionales del centro van a ir realizando charlas de las distintas temáticas establecidas, acordando las fechas y horarios con el centro de modo que se puedan organizar las agendas de ambso centros.la duración de las mismas no sobrepasará la hora a fin de mantener la atención de los alumnos. Siguiendo el calendario escolar se realizarán una charla cada mes /2 mes según la disponibiliad del centro en función de las vacaciones escolares y época de éxamenes. Se harán presentaciones y según el tema a tratar ( por ejemplo RCP) se dispondrá de recursos prácticos y grupos más reducidos, siendo necesario reañizar variaws sesiones.
En un primer momento la participacion del alumnado será pasiva con posibilidad de responder preguntas y resolver dudas, sin embargo según se vaya desarrollando el proyecto, se intentará hacerlos cada vez más participes del mismo con una postura más activa, valorando otros posibles formatos, sobre todo según el tema tratar.

INDICADORES
Con la colaboración del centro se pasaran encuestas a lso alumnos para valorar sus conocimientos previos sobre el tema tratar, Dicha encuesta se repetriá pasada la charla a fin de valorar la mejora de conocimientos en dichos temas

DURACIÓN
El proyecto se va a inciar al primera quincena de Mayo con la charla sobre Enfermedades de transmision sexual,a través de un médico y una enfermera y se reaunudará con el próximo curso académico.

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 - 2019/0130

## 1. TÍTULO

## TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ESCANILLA SAMPER
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTON AGUARON NOELIA
GAVIN BLASCO ISABEL
ZUBIAURRE BASSAS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-REALIZACIÓN DE 4 SESIONES DE UNA HORA DE RECONOCIMIENTO DE SUELO PÉLVICO, EJERCICIOS PARA FORTALECERLO Y HABITOS SALUDABLES PARA MANTENER UNA BUENA SALUD DEL MISMO.

-SE REALIZARON TÉCNICAS DE RELAJACIÓN AL FINALIZAR LAS SESIONES.

-2 SESIONES SE REALIZARON EN HECHO Y OTRAS DOS EN ANSÓ. PARA FACILITAR LA ASISTENCIA DE LAS USUARIAS.

-SE COLORACON CARTELES EN EL CENTRO DE SALUD Y SE LES INFORMÓ EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA, MEDICINA Y MATRONA.

-SE AVISÓ A LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN GRUPOS

-SE REPARTIERON FOLLETOS CON LA IMPORTANCIA DEL SUELO PÉLVICO Y EJERCICIOS PARA REALIZAR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE REALIZARON ENCUENTAS AL FINALIZAR CADA UNA DE LAS SESIONES:

-ASISTENCIA DE UN 90% DE LAS USUARIAS APUNTADAS

-SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN 100%

-SATISFACCIÓN DE LA PONENTE DE UN 100%

-SATISFACCIÓN DEL LUGAR IMPARTIDO 100%

-INCORPORACIÓN DE LOS EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO E HIGIENE POSTURAL A LA VIDA DIARIA 50% SÍ, 30% NO RESPONDE, 20% NO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CON ESTE PROYECTO HEMOS PRETENDIDO QUE LAS MUJERES DE LA ZONA CONOZCAN Y RECONOZCAN SU SUELO PÉLVICO Y LA IMPORTANCIA DEL MISMO A LO LARGO DE LA VIDA.

EN GENERAL EXISTE UN GRAN DESCONOCIMIENTO DE LA MUSCULATURA DE ESTA ZONA Y LAS IMPLICACIONES DE SU DEBILIDAD.

HEMOS FAVORECIDO EL ENCUENTRO GRUPAL Y LA PARTICIPACIÓN.

DESPUÉS DE ESTAS CHARLAS SE HA OBSERVADO UN AUMENTO EN LA CONSULTA DE LA MATRONA DE MUJERES CON PROBLEMAS DE SUELO PÉLVICO QUE ANTES NO ACUDÍAN.

LAS SESIONES HAN SIDO MUY PARTICIPATIVAS, SUGIRIENDO QUE SE REALICEN CON MÁS FRECUENCIA.

LA INTRODUCCIÓN DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN AL FINALIZAR LAS SESIONES HA AYUDADO A CREAR UNA MAYOR SENSACIÓN DE BIENESTAR

7. OBSERVACIONES.
CENTROS DE SALUD DE JACA, HECHO Y BERDÚN

*** ========== Resumen del proyecto 2019/130 ========== ***

Nº de registro: 0130

Título
TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

Autores:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0130

## 1. TÍTULO

## TALLER DE GIMNASIA DE SUELO PELVICO Y RELAJACION

ESCANILLA SAMPER PILAR, GAVIN BLASCO ISABEL, ZUBIAURRE BASSAS PILAR, MONTON AGUARON NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HECHO

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Mujeres en edad postmenopausica
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecto el interes por parte de un grupo de mujeres de conocer y aprender gimnasia del suelo pélvico con el fin de evitar posibles pérdidas de orina.Por otra parte hay un gran interes entre la población femenina para realizar actividades grupales que permitan el aprendizaje de técnicas que reviertan en una mejora de su calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
Potenciar el encuentro entre mujeres de edad postmenopausica para aumentar la interrelación.
Mejorar la calidad de vida realizando ejercicios de relajación .
Facilitar que las mujeres reconozcan la musculatura del suelo pélvico.
Prevenir/mejorar la incontinencia,prolapsos y disfunción sexual femenina.
Incorporar hábitos de hijiene postural en las mujeres en periodo de climaterio.

MÉTODO
Se realizará un encuentro semestral con mujeres de Hecho en edad postmenopausica(climaterio).
Se realizará un encuentro semestral con mujeres de Ansó.
La captación se realizará por parte de personal de enfermería y será dirigido por la matrona.
Se potenciará la participación activa de las mujeres.
Acercar la presencia de los sanitarios a la población femenina en un ambiente participativo.

INDICADORES
Porcentaje de participación.
Porcentaje de satisfacción de los asistentes.
Evaluacion post -taller

DURACIÓN
Taller semestral en Hecho.
Taller semestral en Anso.

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 - 2019/0176

## 1. TÍTULO

## PROGRAMA DE SALUD BUCO - DENTAL EN LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NOEMI OTO CONDON
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCANILLA SAMPER MARIA PILAR
SANCHEZ MOLINA PILAR
CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante todo el año 2019 las matronas de los centros de salud de Jaca y Sabiñanigo, derivaban a las gestantes en su primera visita de embarazo a la consulta de Higienista Dental y de odontologia. ( Derivación y captación de pacientes)
En el primer trimestre de embarazo se han realizado revisiones buco - dentales, diagnósticos odontológicos y fluoraciones.
En el final del segundo trimestre y principio del tercero se han hecho fluoraciones, consejos e indicaciones para el cuidado e higiene de la salud Buco - Dental del bebe y la gestante y tartrectomías a las pacientes que la necesitaban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestros resultados son los siguientes:

C.S. JACA:
TOTAL DE PACIENTES DERIVADAS POR MATRONA: 125
TOTAL DE PACIENTES VISTAS : 103
TOTAL DE PACIENTES QUE NECESITABAN TARTRECTOMIA: 84
Hemos tenido unos resultados muy satisfactorios ya que el 82.4% de las embarazadas derivadas han acudido a la consulta . Asi como hemos visto que el 80.5% de las embarazadas vistas han necesitado Tartrectomía.

C.S. SABIÑANIGO:
TOTAL DE PACIENTES DERIVADAS POR MATRONA: 76
TOTAL DE PACIENTES VISTAS : 62
TOTAL DE PACIENTES QUE NECESITABAN TARTRECTOMIA : 48
Hemos tenido también unos buenos resultados ya que el 81.57% de las embarazadas derivadas han acudido a la consulta. Asi como el 77.41% necesitaban Tartrectomía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El programa de mejora de la Salud - Buco Dental en las embarazadas ha sido muy bien acogido por las pacientes, ya que hay un gran desconocimiento de la gran relación e importancia de la Salud Buco - Dental en el embarazo, parto etc...Hemos explicado la importancia de una buena Higiene Oral, ya que en el embarazo se producen mas desmineralizaciones en el esmalte y por tanto más probabilidad de hacer caries, asi como sangrado gingival, cambios en los hábitos de higiene.
Asi mismo hemos realizado educación sanitaria no solo dirigida a las usuarias gestantes, sino tambíen para la salud Buco - Dental de sus hijos en las diferentes etapas de desarrollo.

7. OBSERVACIONES.
CS JACA Y CS SABIÑANIGO

*** ========== Resumen del proyecto 2019/176 ========== ***

Nº de registro: 0176

Título
PROGRAMA DE MEJORA DE LA SALUD BUCO-DENTAL EN LA EMBARAZADA

Autores:
OTO CONDON NOEMI, ESCANILLA SAMPER PILAR, CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS JACA

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0176

## 1. TÍTULO

### PROGRAMA DE SALUD BUCO - DENTAL EN LA EMBARAZADA

Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante los cambio hormonales durante la gestación a nivel bucodental, hemos observado alteraciones a nivel periodontal y déficit de higiene durante el embarazo. Falta de conocimientos y hábitos saludables en salud oral.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la Salud e higiene de todas las pacientes embarazadas.

MÉTODO
Derivación a higienista dental en primera visita de embarazo por la matrona.
Revisión, diagnóstico y cubeta de flúor en el primer trimestre de embarazo.
Tartrectomía en segundo trimestre de gestación si procede.
2ª cubeta de fluor en el tercer trimestre de gestación

INDICADORES
Número de embarazadas derivadas por matrona/ número de embarazadas que acuden a la consulta de higienista dental
Número de embarazadas que acuden a revisión bucodental/ número de embarazadas que requieren tartrectomía.

DURACIÓN
Durante el transcurso del 2019

OBSERVACIONES
Ya que es la primera vez que realizamos un proyecto de mejora, solicitamos que revisen la descripción del proyecto y posibilidad de medición de los indicadores.

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

*** ========== ***

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

## 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
BROTO COSCULLUELA PURIFICACION
FUERTES FERNANDEZ-ESPINAR JORGE
AGON BANZO PEDRO
SIN ABIZANDA MARIA ASUNCION
VAL LECHUZ BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante 2019 se valoraron las propuestas iniciales de los niños/as, y se consensuaron las propuestas definitivas a llevar a cabo. Posteriormente se elaboró y aprobó el presupuesto para llevarlas a cabo.
Se ha realizado:
- el trabajo creativo con los niños/as de CEIP Pio XII, Ludotecas municipales y Consejo de las Niñas y los Niños para la decoración posterior de las salas de espera según las propuestas recogidas en el proceso participativo.
- la compra del material necesario. Los niños/as del Consejo, acompañados de adultos, fueron a comprar una selección de juegos para diversas edades como: domino, memory, tabu, naipes, bloques apilables, cubo Rubik y serpiente mágica.
Se han adquirido juegos de pared en concreto: laberinto de bolas magnéticas, espejo y tres laberintos de psicomotricidad fina.
Se han adquirido 15 libros para la minibiblioteca: libros cortitos, cuentos y cómics para diversas edades.
- la puesta a punto del espacio de la sala de espera para su posterior decoración por parte de los niños y niñas (trabajos de pintura base).
- se ha fabricado, con la implicación de los niños/as del Consejo, una estantería para los juegos.
- se ha valorado la esfera emocional a través de observación directa en la sala de espera y con una encuesta autorellenada por los niños/as en las consultas.

Para financiar los juegos y la pintura base del pasillo y salas de espera se ha utilizado la subvención otorgada en 2019 por la RAPPS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1º Se consensuó valorar de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas (Ayuntamiento, Universidad, Departamento de Educación del Gobierno de Aragón y SALUD) como el de la participación infantil que se haya alcanzado.
En este aspecto, podemos decir que el grado de participación ha sido completo por parte de los integrantes de cada institución.
2º Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.
Ha habido más de 500 propuestas a realizar. De ellas, se consensuó no llevar a cabo el cambio de los asientos, colocación de una fuente de agua, aumentar el espacio, avisar a los pacientes por altavoz, colocación de algunos juegos, adquisición de ciertos elementos para hacer manualidades, lugar para dejar los carritos, una televisión y una máquina de bebidas.
3º Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas.
Se están realizando las propuestas consensuadas excepto el bajar la altura del mostrador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El calendario previsto se está llevando a cabo.
Hemos tenido problemas con el Consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, ya que al equipo técnico con el que veníamos trabajando no se le renovó el contrato por parte del Ayuntamiento. Por lo tanto, hemos estado un tiempo sin interlocutores. Por suerte, en este momento, ya se han incorporado dos personas nuevas al Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños, por lo que hemos podido comenzar a trabajar con ellos.
No hemos encontrado apoyo económico por parte del SALUD ni hemos conseguido que se baje la altura del mostrador (algo muy reclamado por los niños y por los propios trabajadores del centro). Tendremos que valorar otras vías para conseguirlo.
Durante este mes de enero de 2020 ya han comenzado a decorar las paredes los niños/as de la ludoteca y, a partir de febrero, acudirán del CEIP Pío XII.
El proyecto continúa adelante con mucha ilusión.

7. OBSERVACIONES.

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

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

## 1. TÍTULO

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

Nº de registro: 1504

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

PROBLEMA
Dentro del marco de cooperación estable que existe entre el CS P.Socorro y el CEIP Pío XII, una de las actividades consiste en la realización de visitas de los alumnos al CS donde los niños opinan sobre el área de pediatría. Una de las propuestas ha sido la modificación del espacio de la sala de espera.

La pediatría del CS P.Socorro ha apostado por apoyar el Proyecto de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca. Una intervención de participación infantil donde los niños hacen oír su voz en los temas y las decisiones que les afectan.

El CS P.Socorro ha iniciado la identificación de los activos de salud dentro del marco de la Estrategia de At. Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Uno de ellos ha sido la ludoteca municipal. El proyecto propuesto entra dentro de su línea de actuación.

Al igual que el hogar, la escuela y el entorno, el CS puede ser un espacio de participación de los niños y niñas.

De este modo, la pertinencia del proyecto se basa en la participación de los niños y niñas del consejo de la Ciudad de las niñas y niños de Huesca, del CEIP Pío XII y de la ludoteca municipal Candeleta, en la remodelación de la sala de espera y pasillos del Área de Pediatría del CS Perpetuo Socorro.

RESULTADOS ESPERADOS
OJETIVO GENERAL:
Desarrollar una estrategia de promoción de participación infantil en el Sistema Sanitario Público.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
Escuchar de los niños y niñas las propuestas sobre las modificaciones que realizarían sobre la sala de espera y pasillos del área de pediatría del CS P.Socorro.
Transformar las opiniones de estos niños y niñas en acciones concretas.
Que se dé el apoyo de las Instituciones implicadas.
Que se den respuestas a corto o medio plazo a sus propuestas.
Que sean los propios niños y niñas los que ejecuten el diseño y la realización de este proyecto.
Que los niños y niñas visualicen los resultados y conozcan el impacto de su participación

MÉTODO
Reunión con miembros del SARES de Huesca para la valoración y pertinencia del Proyecto.

Reunión informativa del Equipo de pediatría del CS Perpetuo Socorro con la Dirección de Atención Primaria y de Atención Especializada.

Reuniones periódicas entre responsables del Proyecto la Ciudad de las niñas y los niños de Huesca, el coordinador de las ludotecas, la dirección del CEIP Pío XII, representantes de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación, y del CS del Perpetuo Socorro.

Visita de los niños y niñas a la segunda planta del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, área de pediatría, acompañados por responsables de las instituciones implicadas y del personal de mantenimiento del Hospital.

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

## 1. TÍTULO

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

Instalar en la sala de espera, coincidiendo con el periodo de visitas de los niños y niñas ya referidos, un "rincón de ideas" para los niños y niñas que la utilizan durante sus visitas médicas.

Además, y para "ampliar la mirada", se valorará la posibilidad de realizar una exposición de fotografías de salas de espera pediátricas amigables para que pudiera ser votada por los propios niños y niñas usuarios de nuestro CS.

Recogida de las propuestas que realicen los niños y niñas.

Estudio de las propuestas y su viabilidad. Se contará con la participación del personal de mantenimiento del Hospital.

En caso necesario, modificación de las propuestas y sesión con los niños y las niñas para su re-evaluación.

Realización de un presupuesto para su ejecución.

Aprobación del presupuesto.

Realización de las propuestas definitivas con la participación de los niños y niñas.

Se recogerá documentación audiovisual durante todo el proceso con el objetivo de difundir la experiencia.

INDICADORES
La importancia de este proyecto es el PROCESO PARTICIPATIVO. Por lo tanto, se valorará de forma cualitativa tanto el grado de participación de las instituciones implicadas como el de la participación infantil que se haya alcanzado.

Porcentaje de modificaciones realizadas en relación a las propuestas iniciales de las niñas y niños.

Porcentaje de propuestas realizadas en relación a las propuestas definitivas consensuadas

DURACIÓN
El proyecto en sí se desarrollará entre septiembre de 2018 y diciembre de 2019.

Durante el primer semestre de 2018
- se están realizando reuniones con los responsables de todas las instituciones implicadas.
- Se realiza presupuesto inicial.

En septiembre de 2018
- reunión formal con los responsables de las instituciones implicadas.
- preparación del material de consulta a las niñas y niños (rincón de las ideas, fotografías, ……).

Octubre a diciembre de 2018:
- visita de los niños al área de pediatría del CS. Propuestas iniciales.
- colocación en la sala de espera del "rincón de las ideas"
- exposición de fotografías de salas de espera pediátricas "amigables"
- establecer un sistema de evaluación de la sala de espera y pasillos con distintas técnicas para población infantil.

Enero-marzo de 2019:
- valoración de las propuestas iniciales y consensuar las propuestas definitivas a llevar a cabo.
- elaboración definitiva y aprobación del presupuesto

Abril-diciembre de 2019:
- compra del material necesario
- realización del trabajo

OBSERVACIONES
Mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes. En concreto, se priorizarán los proyectos dirigidos a las siguientes áreas: Atención Comunitaria

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1399

## 1. TÍTULO

**ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... TERESA VELILLA ALONSO
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JORDAN LANASPA ALICIA GISELA
PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR
ABIO SARRATE PILAR
GAVIN ANGLADA NATIVIDAD
CABAÑUZ BENEDICTO CRISTINA
CABAÑUZ LATORRE MERCEDES
FUERTES ESTALLO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron las actividades en el orden marcado en el cronograma.
En primer lugar, ante el aumento de prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) especialmente en pacientes ancianos y pluripatológicos, y la necesidad de ajustar la dosis de determinados medicamentos (como los hipoglucemiantes) a la función renal para evitar efectos secundarios, se realizó una búsqueda bibliográfica cuyos resultados se expusieron en una reunión inicial, de la que salió la necesidad de realizar un Proyecto de Mejora para la adecuación farmacológica.
En una fase inicial se vio la necesidad de determinar la prevalencia real de pacientes con ERC del área de Grañén, y su registro apropiado con Episodio en OMI de ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (U99), así como de excluir a aquellos que no la tenían. Para ello se configuró un listado de pacientes con Episodio ya creado, y otro con los datos de Filtrado Glomerular obtenido en las analíticas del año previo (2018), que se envió a cada miembro del proyecto para que revisara los pacientes de su cupo, elaborando finalmente el listado definitivo con paciente con ERC del Centro de Salud de Grañén.
Se realizó una presentación PowerPoint para explicar las indicaciones de los FARMACOS HIPOGLUCEMIENTES en virtud del grado de ERC, que deberían ser revisadas posteriormente.
En una segunda fase, se realizó un cruce del listado de los pacientes en tratamiento con fármacos hipoglucemiantes, con el listado de pacientes con Episodio de ERC (U99) por parte de la Farmacéutica de Atención Primaria, de esta forma se identificaron los pacientes susceptibles de revisión y ajuste de fármacos, y se elaboró un nuevo listado que se envió a cada facultativo responsable, para valoración individualizada de la necesidad o no de ajuste de medicación.
Posteriormente tras evaluar cada caso, cada facultativo responsable contactó con los pacientes que requerían ajuste de su medicación para actualizar la prescripción.
Una vez terminado, se realizó la evaluación de los datos e intervenciones realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El listado inicial previo a la intervención constaba de 293 personas con episodio abierto de ERC (U99) definida en OMI en mayo 2019. Al revisar los datos del Filtrado Glomerular extraído de analíticas realizadas a los usuarios del Centro de Salud de Grañén en el año previo (2018), se identificaron a 68 personas con el episodio definido de ERC (U99) que tenían un FG >60 el año previo, y por tanto NO cumplían criterios de ERC en la fase previa a la intervención.
Tras la primera intervención, en noviembre de 2019 se realizó una nueva extracción de episodios de ERC definidos en OMI, encontrándose 11 nuevos casos, y 70 episodios eliminados, con lo que la cifra final de pacientes con episodio de ERC en OMI fue de 234 pacientes. El indicador de nuevos pacientes sobre el total de episodios registrados de ERC en OMI fue de 4.7%, superior al estándar del 3%.
Respecto a la intervención farmacológica, en los 234 pacientes con ERC se identificaron 64 prescripciones de hipoglucemiantes que, tras su revisión, dieron lugar a 3 modificaciones (de las 7 teóricamente recomendadas), lo que supone 4.6%, que no alcanza el estándar del 5%.
Finalmente la Comparativa de pacientes con episodio de ERC hasta el 2018 y analítica de función renal hasta el año 2018 fue del 76.8% frente al 83.6% de pacientes con episodio de ERC y analítica durante 2019 fue del 83.76%, lo que supone una mejoría en el 9% de analíticas de control realizadas, superior al estándar del 5%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La intervención fue eficaz porque produjo una mejora tanto en la identificación de los pacientes con ERC y su correcta clasificación con episodio de ERC en el OMI, su seguimiento clínico así como en la adecuación farmacológica de los fármacos ajustados al filtrado glomerular.
El balance para el equipo ha sido muy positivo ya que permite una mejora en la atención sanitaria a nuestros pacientes al disminuir la morbilidad y posibles complicaciones, gracias a un trabajo en equipo.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1399

## 1. TÍTULO

**ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1399 ========== ***

Nº de registro: 1399

Título
ADECUACION FARMACOLOGICA DEL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Autores:
VELILLA ALONSO TERESA, JORDAN LANASPA ALICIA GISELA, PUERTOLAS VILLACAMPA MARIA PILAR, ABIO SARRATE PILAR, GAVIN ANGLADA NATIVIDAD, CABAÑUZ BENEDICTO CRISTINA, CABAÑUZ LATORRE MERCEDES, FUERTES ESTALLO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAÑEN

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La ERC se define como la disminución de la función renal (FR), expresada por un FG < 60 ml/min/1,73 m2, o la presencia de daño renal (albuminuria, hematuria, alteraciones histológicas o de pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos 3 meses.

La prevalencia de la ERC aumenta de forma progresiva con la edad, y puede presentarse de forma aislada o concomitante con otras enfermedades, como la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, de hecho, ha sido definida por las guías europeas como un "equivalente coronario", por lo que es importante en estos pacientes intensificar las medidas de control de factores de riesgo cardiovascular y de progresión de la enfermedad.

El deterioro de la función renal puede disminuir la eficacia o seguridad de algunos fármacos, aumentando la probabilidad de efectos adversos, toxicidad y hospitalizaciones, con la consiguiente morbimortalidad asociada, por lo que es importante evitar el uso de fármacos nefrotóxicos o ajustar la dosis de estos fármacos en la ERC.

En el caso de la diabetes, las revisiones recientes sobre el uso de hipoglucemiantes en pacientes con ERC recomiendan la reducción de dosis o retirada del fármaco.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
? Disminuir la morbimortalidad asociada al efecto de los efectos adversos de la medicación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.
? Mejorar la detección de IRC en el Centro de Salud de Grañén.
? Mejorar el control de los pacientes con IRC. Realización/control de al menos 1 determinación de su Función Renal (FGE) en el último año.
? Reducir el número de efectos adversos de la medicación hipoglucemiante mediante su ajuste a los valores del FGE en los pacientes con IRC.

MÉTODO
Se solicitará a la Dirección de Atención Primaria del Sector de Huesca la identificación de los pacientes IRC, los valores de filtrado glomerular de todos los pacientes del Centro disponibles en el Laboratorio de Huesca y de las prescripciones de fármacos hipoglucemiantes (presentación y dosis). Fuentes de datos: OMI.AP, Izasa y Receta electrónica.
Se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.
Se contactará con los pacientes que requieren una modificación de la prescripción de fármacos. Se les comunicará y se les actualizará la prescripción.
Análisis de resultados y lecciones aprendidas.

INDICADORES
• Número de pacientes con nuevo episodio registrado en OMI de IRC (Descriptores: IRC, INSUFICIENCIA RENAL

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1399

## 1. TÍTULO

**ADECUACION FARMACOLOGICA DE TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

CRÓNICA y NEFROPATÍA DIABÉTICA)* / Número total de pacientes con episodio registrado en OMI de IRC en el listado del día 18/05/2019. Estándar>3%. Fuente OMI.AP
*Resulta de restar del listado obtenido el día 18/05/2019 el listado del día 16/04/2019
• Comparativa. % de pacientes con episodio IRC y analítica de Función Renal en el año 2019 versus 2018. Estandar: > 5%. Fuente: OMI.AP e Izasa.
• Indicadores: nº pacientes IRC con prescripción hipoglucemiantes modificada/ nº pacientes IRC con prescripción hipoglucemiantes. Estándar: > 5%. Fuente: Elaboración propia ó Receta electrónica.

DURACIÓN
• Comunicación en reunión del proyecto a todas las médicas y enfermeras del centro de Salud. ABRIL 2019.
• 1ª Fase: Identificar los pacientes con IRC. ABRIL-1º QUINCENA DE MAYO 2019. Cada miembro del proyecto los pacientes del cupo que tiene asignado.
Configurar un listado con la relación de pacientes del CS de Grañén con IRC. Posteriormente se cruzará con un listado de datos del FGE obtenido en el laboratorio de todo el año 2018.
Los pacientes sin episodio de IRC con un último resultado de FGE en 2018 inferior a 60 se reflejarán aparte para una revisión individualizada y ver si se precisa una nueva determinación para su catalogación como IRC. De igual forma si hay episodios de IRC con filtrados > 60 se revisará su procedencia en activo. Con todo ello se realizará el listado definitivo de IRC en el Centro de Salud de Grañén.15/05/2019.
• 2ª Fase. 2ª QUINCENA DE MAYO
• Reunión de los integrantes del proyecto para elaborar un guión de las indicaciones de los FARMACOS HIPOGLUCEMIANTES en virtud del grado de IRC.
• Descarga de los fármacos definidos asociados a los pacientes afectos de IRC. Farmacéutica AP
• Distribución por CIAS de las tablas con los pacientes IRC, último dato FGE en 2018 ó 2019, según el caso, y los fármacos hipoglucemiantes prescritos.
• Identificación de los paciente susceptibles de una revisión a tenor de las tablas proporcionadas
• 3ª Fase. Junio-Noviembre
• Los pacientes identificados se citarán en Consulta no presencial de medicina para verificar y realizar, si se precisa, el ajuste de medicamentos según los últimos datos de función renal disponibles.
• Se contactará con los pacientes que requieran el ajuste para comunicárselo y se actualizará la prescripción.
• Medición de los indicadores. Diciembre 2019-Enero 2010.

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 - 2018/1169

## 1. TÍTULO

## FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANCHEZ MOLINA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... CS PERPETUO SOCORRO
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PAULES CUESTA ISABEL MARIA
BESCOS GARCIA BLANCA
VELILLA ALONSO TERESA
CORTES IZAGA MARIA
ALONSO MORTE JONATAN
URBANO PANADERO BEATRIZ
ESPEJO LORENTE MONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CENTRO SALUD PERPETUO SOCORRO Y CS SABIÑÁNIGO

De cara a favorecer la adecuada enseñanza sobre temas relacionados con la salud entre las mujeres de la comunidad, este proyecto se dividió en 2 fases. En la primera fase, desarrollada entre junio y octubre de 2018 se llevaron a cabo 3 reuniones entre los miembros del equipo y las personas responsables de Cáritas. De esta manera, se diseñaron los talleres y se fijaron las fechas de los mismos durante el primer trimestre del curso. La segunda fase transcurrió entre noviembre de 2018 y mayo de 2019, en la que se desarrollaron algunos talleres planteados inicialmente y otros que surgieron por parte de la población asistente a los mismos.
En el programa han participado un total de 40 mujeres provenientes sobre todo de Marruecos y Africa subsahariana, asimismo han participado mujeres de etnia gitana. Los grupos de participantes en cada taller los formaron desde la propia Asociación, procurando que hubiese diversidad en cada uno de ellos.
Para la elaboración de los talleres, los profesionales implicados y estudiantes que colaboraron, prepararon para cada taller presentaciones con diapositivas en formato digital y cuestionarios para la evaluación de los conocimientos antes y después de cada actividad. Asimismo se incorporaron técnicas grupales como brainstorming, fotopalabra y role-playing de cara a fomentar la colaboración de los asistentes.
Se desarrollaron en total 7 talleres. Cada taller se dividió en 2 grupos de aproximadamente 15 personas cada uno.
Los temas desarrollados fueron los siguientes:
Taller 1: “Utilización correcta de servicios sanitarios, prevención de enfermedades crónicas y cardiovasculares, y hábitos saludables.”
Taller 2: “Vacunación en adultos y niños, y cura de heridas”.
Taller 3: “Salud de la mujer, y prevención de cáncer de cérvix y de mama.”
Taller 4: “Planificación familiar, métodos anticonceptivos, y planificación de un embarazo saludable.”
Taller 5: “Primeros auxilios: actuación ante situaciones de urgencia, resucitación cardiopulmonar básica, quemaduras, atragantamiento…”
Taller 6: “Nutrición Saludable”. Este taller constó de 4 sesiones prácticas transcurridas entre los meses de abril y mayo de 2019, de 2 horas de duración cada una, en la cocina del Palacio Duquesa Villahermosa de la Obra Social Ibercaja.
Taller 7: “Prevención de disfunciones de suelo pélvico”. Este taller se dividió en 2 sesiones realizadas con un intervalo de 6 meses para poder evaluar conocimientos y hábitos adquiridos.
Con el objetivo de que todos los miembros del Equipo de Atención Primaria conocieran en profundidad el proyecto, en marzo de 2019 se impartió una sesión clínica en el Centro de Salud Perpetuo Socorro, explicando la evolución de los talleres, resolviendo posibles dudas y fomentando la implicación de nuevos profesionales sanitarios.
Para finalizar el primer año de desarrollo del proyecto, en junio 2019 se realizó una evaluación conjunta con la Trabajadora Social del centro de Cáritas, y se programaron actividades para el presente curso 2019-2020, y así poder dar continuidad a la actividad. Desde la Facultad de Nutrición Humana y Dietética se interesaron por el proyecto dado que los alumnos de 4º del grado de nutrición que rotaron en nuestro centro de salud, llevaron a cabo los talleres de nutrición junto con las dos enfermeras responsables.
Se ha contado con la colaboración de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte de la Universidad de Zaragoza, el Ayuntamiento de Huesca y la Obra Social de Ibercaja.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los objetivos específicos que nos habíamos marcado con cada taller han sido alcanzados en gran medida. Hemos podido comprobarlo a través de los cuestionarios entregados antes y después de cada actividad, y de las opiniones transmitidas por las participantes. Además las personas voluntarias de la Asociación, que siguen trabajando con las participantes a lo largo de la semana en otras actividades, nos han indicado que gracias a estos talleres pueden establecer relaciones de confianza con las participantes.
De esta manera, hemos visto que:

• Respecto al Taller “Planificación familiar, métodos anticonceptivos, y planificación de un embarazo saludable”:
- Un 70% ha mejorado el conocimiento sobre la anatomi´a del aparato reproductor.
- Un 80% ha mejorado el conocimiento sobre los distintos me´todos anticonceptivos asi´ como la planificacio´n de un embarazo saludable.

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

## 1. TÍTULO

## FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

- Durante el taller identificamos algunas dificultades que expresaban las participantes a la hora de utilizar los me´todos anticonceptivos: "no sabía cómo utilizarlo", "me daba miedo", "a una vecina le fue mal", etc…, que se han podido abordar en este taller, además de desmitificar opiniones y resolver dudas.
• En relación al Taller "Prevención de disfunciones de suelo pélvico":
- Un 70% ha mejorado el conocimiento sobre la anatomi´a del suelo pe´lvico.
- Un 80% ha mejorado el conocimiento ha´bitos saludables para prevenir las disfunciones del suelo pe´lvico.

- Y un 60% realiza de manera rutinaria ejercicios del suelo pe´lvico.
• Tras el Taller "Nutrición Saludable":
- Los participantes han incrementado el conocimiento de los aspectos que contempla una alimentacio´n saludable y las consecuencias sobre la salud que ello implica.
- Han desarrollado destrezas culinarias mediante las elaboraciones planteadas.
- Se ha capacitado al grupo para reconocer un producto saludable y nutricionalmente de calidad, mediante el etiquetado nutricional.
- Han podido mejorar el empoderamiento individual comentando sus diferentes costumbres alimenticias en dependencia de su país de origen, y transmitiendo sus recetas personales a otras personas interesadas del grupo.

Es importante destacar que hemos podido observar una cobertura de un 63,6% en el cribado de cáncer de cervix entre las participantes desde que comenzó el proyecto. Por otra parte, en las consultas del Centro de Salud se ha constatado una mayor asistencia para ampliar información sobre métodos anticonceptivos, y un mejor seguimiento del embarazo por parte de mujeres embarazadas. También se ha objetivado en dichas consultas un mayor interés sobre aspectos de alimentación saludable y hábitos de vida sana y equilibrada. Las participantes manifiestan en las consultas aplicar los conceptos aprendidos sobre una vida sana en su día a día, además de realizar de manera frecuente los ejercicios aprendidos para la prevención de trastornos de suelo pélvico.
Con respecto al taller de salud mental, finalmente no lo hemos podido llevar a cabo por la falta de disponibilidad del profesional que iba a impartirlo. Las personas implicadas en el proyecto, también desde la Asociación, tanto trabajadores como voluntarios, detectamos la necesidad de incluirlo y poder trabajar con las participantes el fortalecimiento de la autoestima, la gestión de emociones, el manejo de la ansiedad, el empoderamiento… Está pendiente poder incluirlo en el nuevo curso académico.
Indicadores:
- Nº talleres realizados/ nº talleres programados: 4/5 (Fuente propia).
- Nº mujeres embarazadas: 10 (Fuente: HCE, cuestionario).
- Nº mujeres con seguimiento embarazo/nº mujeres embarazadas que han participado en el proyecto:10/10 (Fuente: cuestionario, historia clínica electrónica).
- Nº mujeres que aprueban utilizar me´todo anticonceptivo/nº mujeres con necesidad de anticoncepcio´n que acuden al taller: 20/22 (Fuente: cuestionario).
- Nº mujeres con cribado de cáncer de cérvix realizado al finalizar el programa/nº mujeres que participan en el programa con criterios de cribado: 21/33 (Fuente: historia clínica electrónica).
- Nº mujeres que saben realizar ejercicios de suelo pélvico y lo incorporan a su rutina/mujeres que han participado en el taller: 14/25

Un nuevo indicador que hemos incluido y que medimos con los cuestionarios realizados es:
- Nº mujeres que conocen como prevenir el cáncer de cérvix tras el taller/ nº mujeres participantes en el mismo: 26/34 (Fuente: cuestionario).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con los datos que hemos recogido entre los 3 años que lleva en curso este proyecto, hemos podido comprobar que los talleres sirven para acercar la salud a la comunidad.
Entre los talleres impartidos se han incluido 3 que no formaban parte de nuestro proyecto inicial y que fueron las propias participantes las que los propusieron. Es un aspecto muy positivo ya que las necesidades expresadas por las usuarias del proyecto han favorecido la participación activa de las mismas en las actividades programadas.
Hemos añadido un nuevo indicador que hemos medido a través de cuestionarios antes y después de cada taller. Este indicador nos ha resultado útil para conocer que más de un 76,4% de las participantes conocen cómo prevenir el cáncer de cérvix, si bien un 63,6% con criterios de cribado lo tienen realizado. De cara a próximas sesiones podemos abordar el tema para conocer cuáles son los motivos por los que algunas participantes no realizan el cribado e intentar disipar dudas, miedos etc…
Existen indicadores que planteamos en el proyecto inicial que se podían medir obteniendo datos de las historias de las personas que participan en el proyecto, por lo que hemos pedido que nos dieran su consentimiento informado para acceder a dichos datos.
Una aportación al proyecto ha sido la inclusión de algunos varones en determinados talleres, tal y como nos propuso la organización. Acudieron a 3 de los 7 talleres impartidos 4 varones/taller.
Otra valiosa aportación al proyecto ha sido la inclusión e implicación de Médicos Internos Residentes de nuestro Centro de Salud y este último curso estamos contando también con la participación del Enfermero Interno Residente de Comunitaria en las actividades de continuidad del proyecto. Así mismo señalar la implicación y colaboración de estudiantes del Grado de Enfermería y del Grado de Nutrición. Este hecho ha supuesto que en el actual curso 2019-2020, la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte se encargue durante todo el año de los talleres de nutrición, pasando a formar parte de contenidos prácticos específicos de la Facultad de Nutrición Humana y Dietética.
Por último, al ser el tercer año que se desarrolla esta actividad en la Asociación de Cáritas, destacar que se pretende mantener, y así está siendo en el presente curso, como actividad del Centro de Salud en la que podrían implicarse otros profesionales sanitarios del centro.

7. OBSERVACIONES.

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

## 1. TÍTULO

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

Hemos comprobado que realizar los talleres en la Asociación que Cáritas dispone en el barrio Perpetuo Socorro de Huesca ha supuesto una mayor respuesta e implicación de las mujeres, ya que lo perciben como un terreno amigable y propicio. La frecuentación a los talleres ha sido elevada, con alrededor de una asistencia de un 90% de las personas que estaban inscritas en cada taller.
Es importante reconocer el papel tan valioso que desarrollan las personas voluntarias de la Asociación, además de la Trabajadora Social y Educadora Social que han participado en la realización del proyecto. Destacar que dicha Asociación ha gestionado la colaboración de organismos como el Ayuntamiento de Huesca y la Obra Social de Ibercaja que han cedido el aula de dinámica y psicomotricidad del centro cívico del barrio y el aula de cocina respectivamente, donde hemos podido llevar a cabo talleres específicos.
También hemos observado como fortaleza del proyecto el acercamiento de la figura del sanitario a la población.
Asimismo queremos resaltar la ayuda que nos brindó el SARES en la elaboración del proyecto.
La coordinadora del proyecto actualmente trabaja como matrona en centro de salud de Sabiñánigo pero mientras duró el proyecto estuvo en el centro de salud Perpetuo Socorro casi durante la duración total del mismo. Hemos señalado como centro de trabajo Centro de Salud los dos para evitar confusiones ya que el proyecto pertenece al AGC del CS Perpetuo Socorro.

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

Nº de registro: 1169

Título
FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PERPETUO SOCORRO

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

PROBLEMA
Desde las consultas de Atención Primaria percibimos que hay determinados colectivos, como son la etnia gitana, y las mujeres inmigrantes, que precisan de una mayor atención. Proporcionar una adecuada educación sanitaria para el autocuidado y la prevención es tarea ardua en la consulta individual y en la mayor parte de los casos no es suficiente y pensamos que sería muy enriquecedor poder llegar a estas personas a través de intervenciones educativas en la comunidad.
A través de la Asociación de vecinos del barrio Perpetuo Socorro conocimos el proyecto de Caritas con población en riesgo social. Dentro de dicho proyecto contemplan la realización de talleres de educación para la salud dirigidos específicamente a mujeres en situación de vulnerabilidad social y precisaban de personal sanitario para impartirlos.
En octubre de 2017 nos reunimos con la Trabajadora social y Educadora de Caritas y diseñamos un programa de intervención educativa para llevar a cabo durante el curso 2017-18. El programa incluyó talleres y charlas sobre : Salud de la mujer en las distintas etapas de la vida. Taller de métodos anticonceptivos.Taller de suelo pélvico.Talleres de nutrición que ha constado de 4 sesiones a cada grupo.
Dada la acogida por parte de las mujeres participantes y la evaluación positiva realizada por Caritas sobre la colaboración en su programa a través de estos talleres, nos planteamos el presente proyecto.
En la evaluación del programa llevado a cabo durante este curso, hemos observado una mayor cobertura en el cribado de ca-cx realizado en estas mujeres y un mayor acceso a información en métodos anticonceptivos. Asimismo hemos percibido la necesidad de empoderamiento y autoestima de las mujeres atendidas, por ello se planteó a la psicóloga residente de la USM colaborar en el proyecto.

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

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

## 1. TÍTULO

## FOMENTANDO EL AUTOCUIDADO DE LA MUJER EN LA COMUNIDAD

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

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

- Taller 3: práctica de ejercicios del suelo pélvico.

-Taller 4: Mejorar la calidad nutricional de los platos. Aspectos a tener en cuenta a la hora de hacer la compra. Etiquetado. Grupos de alimentos y plato saludable. Este taller se llevarán a cabo en 4 sesiones, con la colaboración de estudiantes de nutrición en prácticas.
-Taller 5: Salud mental en la comunidad. Acceso, recursos y desarrollo de estrategias de afrontamiento y autoestima

INDICADORES
Nº mujeres embarazadas en este colectivo

Nº talleres realizados/ Nº talleres programados

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

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

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

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

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

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

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

## 1. TÍTULO

## INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO CASTILLON FANTOVA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CALVO ANGEL
CHAVERRI ALAMAN EVA
TORRIJO CASCANTE MIGUEL ANGEL
FRANCO SANAGUSTIN MARIA TERESA
CLAVER GERMAN ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DOS SESIONES CLÍNCICAS MULTIDISCIPLINARES INFORMATIVAS EN JUNIO Y NOVIEMBRE RESPECTIVAMENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUNQUE EN LA GLOBALIDAD DEL EQUIPO NO SE HAN OBTENIDO LOS RESULTADOS ESPERADOS, EL 70% DE LOS PROFESIONALES HAN CONSEGUIDO EL OBJETIVO SEGÚN EL NUMERO DE PACIENTES EXTRAIDO DEL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
IMPOSIBILIDAD ACTUAL DE SABER DE QUÉ PACIENTES SE TRATA DESDE EL CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA. EN AÑOS ANTERIORES EXISTÍA DICHA HERRAMIENTA Y SI SE VOLVIERA A IMPLEMENTAR, MEJORARIAN LOS RESULTADOS EN AÑOS POSTERIORES
INFORMAR DE MANERA PERSONALIZADA A LOS PROFESIONALES QUE NO HAN CONSEGUIDO EL OBJETIVO

7. OBSERVACIONES.
SI SE CONOCIERA EL NOMBRE DE LOS PACIENTES PODRIAMOS AVERIGUAR SI SE TRATA DE TRATAMIENTOS DE CORTA DURACIÓN QUE QUEDARIAN EXCLUIDOS DE ESTOS LISTADOS.
CONSIDERAMOS IMPORTANTE SEGUIR CON EL PROYECTO DADO QUE SE PODRIAN MEJORAR LOS RESULTADOS

*** ========== Resumen del proyecto 2018/770 ========== ***

Nº de registro: 0770

Título
INTERVENCION EN EL C. S. PIRINEOS PARA LA REDUCCION DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Autores:
CASTILLON FANTOVA ANTONIO, LAMORA PALLAS ESTER, LUESMA GUIRAL MIGUEL, TORRIJO CASCANTE MARIA ANGEL, CLAVER ALFREDO, CHAVERRI EVA, ESCAR RIVERA MARIA ISABEL, AGUARON JOVEN EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Insuficiencia renal
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una vez conocidos y analizados los datos de cartera de servicios de 2017, se apreció que uno de los puntos de mejora por parte del equipo era la disminución de los pacientes en tratamiento con triple Whammy (TW)
Durante el año 2017 la disminución de pacientes con estos tratamientos fue mínima. Se trata de pacientes que debido a esta triple terapia tienen un riesgo considerable de fracaso renal agudo y un aumento concomitante del número de ingresos hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Disminución entre 40 y 50% de pacientes en tratamiento con TW a final de año

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0770

## 1. TÍTULO

### INTERVENCION EN EL C. DE S. PIRINEOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA IATROGENIA PRODUCIDA POR LA TERAPIA TRIPLE WHAMMY

Población diana : Usuarios del C. de S. Pirineos mayores de 18 años

MÉTODO
Realización en Mayo de 2018 de sesión clínica conjunta para Medicina, Enfermería y Admisión presentando el riesgo de la TW y explicando los fármacos que forman parte de cada grupo y determinando estrategias conjuntas.
Obtención por medio del cuadro de mandos del listado de pacientes en tratamiento crónico con TW
Admisión se encargará de identificar a estos pacientes en el encabezamiento de su historia con una TW, durante el mes de mayo para que su médico-enfermera lo identifique y actúe en consecuencia
Posteriormente intervención individualizada con cada médico y enfermera con recomendaciones para la supresión de uno o más componentes de la TW. Propuesta de alternativa, si procede, de alguno de los fármacos componentes de la TW.
En Octubre de 2018 se realiza Sesión Clínica de todo el equipo presentando datos y aplicando de nuevo las medidas anteriormente citadas si la evolución de las cifras no fuera descendente como se prevé

INDICADORES
Número de pacientes mayores de 18 años en tratamiento crónico obtenido del cuadro de mandos
Monitorización de la función renal (FR): Revisión de la FR en los 6 meses previos al estudio, si estaba ya conTW. Si no se disponía cifra de FR se recomienda solicitarla. Estos datos se obtendrán de la historia informatizada en OMI-AP
Valor a alcanzar: Se espera al final del estudio una disminución del 40-50% del número de pacientes en tratamiento con TW

DURACIÓN
Inicio del proyecto, mayo de 2018 por medio de una sesión clínica conjunta, impartida por el coordinador del proyecto.
Durante los meses de mayo a septiembre, intervención por parte de Medicina y Enfermería sobre los pacientes con TW; con posterior intervención individualizada si se precisara, durante este mismo periodo.
En octubre de 2018, nueva sesión clínica conjunta de análisis de los datos obtenidos realizada por el coordinador del proyecto
En diciembre de 2018, finalización del proyecto con presentación de los datos obtenidos en enero de 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1198

## 1. TÍTULO

## TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAURA ELFAU GRACIA
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTO RUIZ ELENA
BETRAN COARASA LUCIA
ANQUELA GRACIA DABI
VERA BLASCO NAUSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Cumplimiento del calendario previsto:
-10/05/19 Envío de circular explicativa a todos los coordinadores de los centros de AP de Huesca urbano definiendo los criterios de derivación y prioridad urgente. Ese mismo día se implanta el proyecto.
-20/09/19 Se realiza una evaluación inicial de resultados obtenidos y se envían los datos a la coordinadora de los proyectos Ana Aller. Se decide mejorar la recogida de datos de cara a estadísticas finales, recogiendo el centro AP desde el cual el paciente es derivado.
-10/10/19 Se envía de nuevo información al centro AP Santo Grial a petición de la coordinadora de docencia. Se comenta realizar una sesión clínica explicando el proyecto/resultados.
-Actividades realizadas:
-Revisión diaria del registro informático de pacientes enviados por el médico de AP en ese mismo día, para determinar cuáles de ellos cumplen los criterios para la inclusión en dicho programa.
-Valoración fisioterápica inicial e inicio del tratamiento en un periodo máximo de 3-5 días tras la derivación.
-Recomendaciones que incluyen: reposo relativo y posición declive, baños de contraste, crioterapia y ejercicios circulatorios a realizar por el paciente en el domicilio.
-Inicio precoz de un programa de ejercicios en tres fases: circulatorios, tonificantes y propioceptivos.
-Inicio precoz del tratamiento fisioterápico pautado según las necesidades del paciente que puede incluir: terapia manual, ultrasonidos, crioterapia, electroterapia analgésica tipo TENS y kinesiotaping.
-Modificar la inmovilización convencional por un vendaje neuromuscular funcional, que permite un apoyo precoz, posibilidad de calzado habitual y comodidad en el aseo personal ya que el vendaje se puede mojar.
-Reeducación de la marcha precoz, con retirada progresiva de apoyos.
-Elaboración de una hoja estadística para conocer el grado de beneficio alcanzado tras la intervención para la evaluación y seguimiento del proyecto hasta 31/12/19.
-Recursos necesarios: médicos de AP, fisioterapeutas centro AP Pirineos, sala de fisioterapia, aparato de US y de electroterapia, colchonetas, esterillas, tabla Freeman, tabla Boheler, Bosu, paralelas, balón Bobath, pelotas, cloruro de etilo. Aportado por el paciente: rollo de vendaje de kinesiotape o vendaje neuromuscular.
-Acciones realizadas para comunicar resultados: sesión clínica pendiente a partir de Febrero 2020 para dar a conocer en los diferentes centros de AP de Huesca urbano, los resultados alcanzados y las actividades realizadas en este proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Resultados alcanzados, indicadores y relación con el estándar:
-Pacientes atendidos: 62
- Exploración inicial del paciente y tratamiento:
--% pacientes atendidos antes de 3 días: 77,41%
--% pacientes atendidos entre 3 y 5 días: 9,67%
--% pacientes atendidos después de 5 días: 12,90%
- Tiempo de incapacidad temporal (IT) hasta alcanzar la normalidad anatómica y funcional de la articulación: sólo un 17,74% del total de la población diana atendida presentaban una situación de IT de los cuales:
--% de pacientes que reciben el alta antes del tiempo estándar contemplado por el INSS:
9,67% del total
--% de pacientes que reciben el alta dentro del tiempo estándar contemplado por el INSS:
1,61% del total
--% de pacientes que reciben el alta después del tiempo estándar contemplado por el INSS:
6,45%
-Días hasta la incorporación del paciente a sus AVDs: 1,91días de media
-Evaluación del dolor con la Escala numérica en la exploración inicial y al final del tratamiento:
--% de pacientes en los que ha disminuido 3 o más puntos el dolor: 64,51%
--% de pacientes en los que ha disminuido 2-3 puntos el dolor: 29,03%
--% de pacientes en los que ha disminuido 2 o menos puntos el dolor: 6,45%
- Adquisición de una marcha eficiente sin ayudas técnicas al final del tratamiento:
-- Variable dicotómica: SI 96,77% /NO 3,22%
Los indicadores demuestran que hemos alcanzado los objetivos propuestos y su relación con el estándar, realizando una mejora de la práctica clínica y unificando la exploración y tratamiento interexaminador frente a esta patología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1198

## 1. TÍTULO

### TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

-La valoración de llevar a cabo este proyecto de calidad es positiva, repercutiendo en la calidad asistencial y la rápida asistencia a pacientes diagnosticados de esguinces de tobillo grado I y II que influye de manera directa en la pronta recuperación y la incorporación precoz a las AVDs e incorporación laboral, si es que se presenta una situación de IT.
-Como sesgo, señalar que ha habido un 6,45% de pacientes que han abandonado el tratamiento y por lo tanto, no son evaluables los resultados. También un 9,67% de pacientes que no han podido ser evaluados correctamente por haberse realizado una derivación errónea, complicaciones del proceso por las que ha sido necesario derivar al especialista o incapacidad de evaluación por falta de información en la recogida de datos.
-Sostenibilidad del proyecto y posible replicación: El proyecto es sostenible aunque supone una carga de trabajo extra para el servicio de fisioterapia del centro AP Pirineos ya que el citar al paciente de manera preferente, supone muchas veces forzar el nº de pacientes atendidos ya que las agendas normalmente están completamente saturadas y es necesario ver al paciente como extra para alcanzar los objetivos estándar.
El suministro del material del vendaje neuromuscular o kinesiotape, evitaría que el paciente tuviera que costearlo económicamente.

7. OBSERVACIONES.
-No se han recogido los datos de qué centro de AP viene derivado cada paciente, que sería interesante si se realizan futuras ediciones.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1198 ========== ***

Nº de registro: 1198

Título
TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

Autores:
ELFAU GRACIA LAURA, BUSTO RUIZ ELENA, BETRAN COARASA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el gran número de esguinces de tobillo derivados a la unidad de apoyo de fisioterapia del Centro de Salud Pirineos de Huesca, detectados a través de los médicos y pediatras de AP del sector Huesca urbano, se considera de extremada importancia y utilidad, crear un programa de calidad.
Con dicho poyecto de mejora se pretende realizar un tratamiento fisioterápico precoz sobre dicha lesión aguda, minimizando así las consecuencias negativas de una inmovilización prolongada y agilizando el proceso de rehabilitación del paciente hasta su completo reestablecimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Proyecto a realizar sobre una población diana comprendida entre el inicio de la edad escolar y los 100 años, que presenten un esguince de tobillo diagnosticado a través del médico o pediatra de AP bien sea grado I o II.

Objetivos a conseguir:
- Exploración fisioterápica inicial del paciente, de forma precoz, tras la derivación por médico o pediatra de AP. Considerando dicha fecha de derivación, como situación valorada favorablemente para iniciar el tratamiento, habiendo descartado fracturas u otras lesiones agudas mediante pruebas de imagen si fuera necesario.
- Reintegración del paciente a sus AVDs y a su vida laboral en un periodo mínimo si no existe ninguna contraindicación al respecto, intentando ajustarse a los tiempos óptimos de procesos de IT establecidos en la web del Reglamento de Sanidad, Bienestar social y Familia del Gobierno de Aragón.
- Dar prioridad a dicha patología sobre la lista de espera ordinaria, considerándola como urgente.
- Realizar un protocolo de tratamiento conjunto entre ambos profesionales del servicio, para evitar variabilidad de dicho tratamiento.

MÉTODO
- Previamente a la implantación del programa, se envió una circular explicativa a todos los coordinadores de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1198

## 1. TÍTULO

### TRATAMIENTO FISIOTERAPICO PRECOZ EN ESGUINCES DE TOBILLO

los centros de AP de Huesca urbano donde se definieron los criterios de derivación de los esguinces de tobillo grado I-II al Servicio de fisioterapia del CS Pirineos. Dicha derivación, queda registrada en el sistema informático y es revisada,ese mismo día, por los 2 fisioterapeutas con el objetivo de asignar cita para primera consulta con la mayor brevedad posible.
- Valoración inicial e inicio del tratamiento en un periodo máximo de 3-5 días tras la derivación.
- Recomendaciones que incluyen reposo relativo y posición declive, baños de contraste, crioterapia y ejercicios circulatorios a realizar por el paciente en el domicilio.
- Inicio precoz de un programa de ejercicios en tres fases: circulatorios, tonificantes y propioceptivos.
- Inicio precoz del tratamiento fisioterápico pautado según las necesidades del paciente que puede incluir: terapia manual, ultrasonidos, crioterapia, electroterapia analgésica tipo TENS y kinesiotaping.
- Modificar la inmovilización convencional por un vendaje neuromuscular funcional, que permite un apoyo precoz, posibilidad de calzado habitual y comodidad en el aseo personal ya que el vendaje se puede mojar.
- Reeducación de la marcha precoz con retirada progresiva de apoyos.
- Elaboración de una hoja estadística que permita conocer el grado de beneficio alcanzado tras la intervención, con objeto de realizar un estudio retrospectivo para la evaluación y seguimiento del proyecto.

INDICADORES
Se establecerá hoja estadística que permita obtener los siguinetes indicadores:
- Exploración inicial del paciente y tratamiento:
--% pacientes atendidos antes de 3 días
--% pacientes atendidos entre 3 y 5 días
--% pacientes atendidos después de 5 días
- Tiempo de incapacidad temporal(IT) hasta alcanzar la normalidad anatómica y funcional de la articulación:
--% de pacientes que reciben el alta antes del tiempo estándar
--% de pacientes que reciben el alta dentro del tiempo estándar
--% de pacientes que reciben el alta después del tiempo estándar
-Días hasta la incorporación del paciente a sus AVDs
-Evaluación del dolor con la Escala numérica en la exploración inicial y al final del tratamiento:
--% de pacientes en los que ha disminuido 3 o más puntos el dolor
--% de pacientes en los que ha disminuido 2-3 puntos el dolor
--% de pacientes en los que ha disminuido 2 o menos puntos el dolor
- Adquisición de una marcha eficiente sin ayudas técnicas al final del tratamiento:
-- Variable dicotómica: SI/NO

DURACIÓN
-Previamente a la implantación del proyecto, se envió circular informativa a los coordinadores (EAP)
-Fecha prevista de inicio: 1 de mayo de 2019
-Duración del proyecto: año 2019
-Monitorización, análisis de datos y propuestas de mejora: diciembre de 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0032

## 1. TÍTULO

**DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE PARA EL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO**

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIAN ALAYETO GASTON
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARCELLER TEJEDOR AMAYA
CALVERA FANDOS LAURA
GIL PELEATO EVA
MORER BAMBA BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Revisión y selección de las distintas plataformas on line de estimulación cognitiva. Fin de la revisión en abril de 2019
- Para ello se han utilizado distintas fuentes: universidades (UOC, Universidad de Almería), webs especializadas y bases de datos, otros profesionales (psicogeriatría, neurología, otros neuropsicólogos), asociaciones de usuarios y familiares (Asociaciones de Alzheimer, asociaciones de daño cerebral adquirido)
- Se revisan y seleccionan también páginas web que editan ejercicios de estimulación cognitiva en formato cuaderno, ya que muchos pacientes bien no disponen de un ordenador, o bien no están familiarizadas con su uso (personas de edad avanzada).
2.- Confección de un documento donde se recoge la descripción y las principales características de las alternativas seleccionadas. Mayo de 2019
3.- A partir de junio de 2019 tiene lugar la difusión de dicho documento para los pacientes potencialmente beneficiarios. En la mayoría de los casos ha sido necesaria la colaboración de los familiares, debido a las características de los pacientes (personas mayores, deterioro cognitivo diverso...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde junio de 2019 hasta la fecha son 54 personas las que han pasado por el programa de neuropsicología para ser valoradas. 23 de ellas se estimaron como potencialmente beneficiarias de un entrenamiento en estimulación cognitiva (43% del total de pacientes explorados): 8 personas de estas 23, ya habían incorporado un entrenamiento de este tipo, bien porque acudían regularmente a talleres de memoria en sus localidades, bien porque recibían apoyo y seguimiento en diversas asociaciones o bien a través de la ayuda proporcionada por sus familiares.
Al resto, a 15 personas y familiares acompañantes en su caso (el 65% de las personas potencialmente beneficiarias de entrenamiento en estimulación cognitiva) se les entregó y explicó los beneficios de la estimulación cognitiva, se explicaron brevemente las distintas alternativas on line para poder realizarla en sus casas, así como las áreas cognitivas donde incidir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Respecto a los objetivos y expectativas iniciales consideramos se han cumplido, si bien también apreciamos algunas necesidades de cara a la sostenibilidad y mejor aprovechamiento futuro del proyecto.
En la mayoría de los casos no se ha podido comprobar si estos pacientes han incorporado el entrenamiento cognitivo, posibles dificultades que han podido tener, el grado de satisfacción o la eficacia del mismo.Esto es así porque aunque algunos de los pacientes es posible que vuelvan a ser derivados para valoración de seguimiento (anual normalmente), de otros muchos, una vez enviado el informe neuropsicológico al profesional que derivó el caso, ya no volvemos a tener más conocimiento. Se tiene en cuenta de cara a mejorar el programa en el futuro.
Por otro lado, este programa requerirá continua actualización, ya que cada vez hay más materiales y recursos on line disponibles.
Finalmente, no se nos escapa que la situación ideal futura sería que el programa de neuropsicología no solo realizara funciones de apoyo diagnóstico (y/o valoración de secuelas), si no que pudiera incluir la rehabilitación neuropsicológica (en su concepción más amplia) del pacientes y atención a la familia, de forma guiada e individualizada; más teniendo en cuenta el creciente envejecimiento poblacional y problema de salud pública asociado que supone el deterioro cognitivo asociado a enfermedades de tipo neurodegenerativo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/32 ========== ***

Nº de registro: 0032

Título
DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE AL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0032

## 1. TÍTULO

## DIFUSION DE LAS ALTERNATIVAS DE ACCESO ON LINE PARA EL ENTRENAMIENTO EN ESTIMULACION COGNITIVA DESTINADO A PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO

Autores:
ALAYETO GASTON MARIAN, CARCELLER TEJEDOR AMAYA, CALVERA FANDOS LAURA, MORER BAMBA BARBARA, GALAN TORRES LETICIA, GIL PELEATO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Deterioro cognitivo, daño cerebral
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En 2016 se inicia el Programa de Neuropsicología en el Servicio de Psiquiatría del HG San Jorge. Desde entonces se han atendido más de 600 personas derivadas desde otros Servicios (neurología, psicogeriatría, salud mental...) para realizar la valoración de las funciones cognitivas, con frecuencia el caracter es apoyo diagnóstico. La mayoría de estas personas padecen deterioro cognitivo en distinto grado, pudiendo beneficiarse de entrenamiento en estimulación cognitiva, la cual se ha mostrado efectiva para mejorar el funcionamiento cognitivo. Por el momento, desde la red de salud pública de Aragón no existe la posibilidad de realizar una rehabilitación neuropsicológica integral ni llevar a cabo un entrenamiento de este tipo. Este entrenamiento podría llevarse a cabo en los hogares de los propios pacientes, bajo la supervisión de los familiares en algunos casos, a través de plataformas on line; muchas personas desconocen su existencia y utilidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Fomentar la rehabilitación cognitiva mediante ejercicios de estimulación cognitiva a los pacientes con deterioro cognitivo que acuden para ser valorados neuropsicológicamente al Programa de neuropsicología
2.- Facilitar dicho entrenamiento a través de la difusión de las páginas web y plataformas on line especializada en estimulación cognitiva a las personas que puedan beneficiarse de su uso (a valorar tras la exploración neuropsicológica realizada)

MÉTODO
1.- Revisar y seleccionar las alternativas para el entrenamiento en estimulación cognitiva disponibles on line través de fuentes fiables (universidades, webs especializadas, otros profesionales, bases de datos, asociaciones de usuarios y de familiares...)
2.- Confeccionar documento con el listado y la descripción de las características de las alternativas seleccionadas.
3.- Impresión copias del documento para su difusión en la consulta.

INDICADORES
Número de pacientes que pueden beneficiarse potencialmente y a los cuales se les entregará el documento con la alternativas

DURACIÓN
1.- Revisar y seleccionar las alternativas para el entrenamiento en estimulación cognitiva disponibles on line través de fuentes fiables (universidades, webs especializadas, otros profesionales, bases de datos, asociaciones de usuarios y de familiares...) abril 2019
2.- Confeccionar documento con el listado y la descripción de las características de las alternativas seleccionadas. mayo 2019
3.- Impresión copias del documento y difusión del mismo en la consulta. junio 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1328

## 1. TÍTULO

## TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA RIVERO GRACIA
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL
· Centro ..... CS PIRINEOS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HIDALGO OLIVARES GONZALO
RETORTILLO MUÑOZ MARIA
CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE
SASO BOSQUE MARIA JOSE
IZQUIERDO MARTINEZ CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En primer lugar se realizaron reuniones de todos los componentes del equipo (los viernes) para planifcar el taller y valorar el taller según la edad, así como el reparto de tareas de cada uno.
Cuando acuden a la revisión, acompañados de los padres, se les ofrece el taller si cumplen con los indicadores propuestos: gingivits, índice cod mayor de 3, índice CAOD mayor de 1, acúmulo de plac o dieta cariogénica.
Se informa del programa al personal administrativo, a los colegios a través de las charlas llevadas a cabo por uno de los componentes del equipo y a los pediatras mediante sesiones clínicas.
Los materiales empleados han sido: cepillos dentales, pasta dentífrica, revelador de placa bacteriana, servilletas, vasos desechables, baberas plastificadas, panel informativo realizado por el personal del equipo, alimentos de juguete para clasificar en juguetes, fantoma y cepillo didáctico.
Talleres realizados en grupos reducidos, en sala de reuniones anexa a las consultas, a ser posible en edades similares, y posteriomente pasaron a cepillarse delante de los profesionales, tras la utilización de un revelador de placa bacteriana, en cuarto de baño contiguo a las consultas de la unidad de salud bucodental.
También clasificaron los alimentos en grupos según su grupo cariogénico y se les ha informado del azúcar oculto en los alimentos.
La actividad se ha realizado una vez por semana, de una duración aproximada de 45 minutos.
Las higienistas han sido las que han realizado los talleres, supervisadas por los odontólogos del servicio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Han participado un total de 153 pacientes, de los cuales:
153 tenían acúmulo de placa
153 tenían dieta cariogénica
66 tenían gingivitis
55 tenían índice CAOD mayor de 1
70 tenían índice cod mayor de 3
27 procedían del centro de salud Pirineos
66 procedían del centro de salud Santo Grial
23 procedían de centro de salud Perpetuo Socorro
5 procedían del centro de salud Huesca Rural
3 procedían del centro de salud Almudévar
3 procedían del centro de salud Sariñena
4 procedían del centro de salud Grañen
2 procedían del centro de salud Ayerbe

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se aprecia una mejoría generalizada en la técnica de higiene, la desaparición de la gingivitis y el conocimiento del azúcar oculto en los alimentos, así como de los momentos de mayor riesgo de consumo de caries.
Creemos conveniente seguir realizando la actividad.
Se redujo el tiempo previsto de actividad (de dos sesiones semanales a una), se amplió el tiempo de duración del mismo y se aproximó al horario de salida de los colegios para facilitar la adhesión al programa.

7. OBSERVACIONES.
Queremos agradecer la buena disposición de los profesionales del equipo a pesar de suponer un aumento de la carga de trabajo, de los del centro de salud por cedernos una sala de mayor tamaño para poder realizarlos en mejores condiciones y el apoyo de la dirección para facilitar el material necesario.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1328 ========== ***

Nº de registro: 1328

Título
TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACION SALUDABLE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1328

## 1. TÍTULO

## TALLER DE HIGIENE BUCODENTAL Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Autores:
RIVERO GRACIA YOLANDA, HIDALGO OLIVARES GONZALO, RETORTILLO MUÑOZ MARIA, SASO BOSQUE MARIA JOSE, CODERA LLENA MANUEL ENRIQUE, IZQUIERDO MARTINEZ CLARA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PIRINEOS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: caries y enfermedad periodontal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora de la higiene y alimentación
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes del programa de atención infanto juvenil (PABIJ) no son conscientes de los fallos a nivel alimentario y de higiene dental a pesar de que en las consultas y en los colegios se les explica brevemente, lo que ocasiona la persistencia de patalogía periodontal y de caries.

RESULTADOS ESPERADOS
Hacer llegar de forma más efectiva y práctica los conocimientos alimentarios y de higiene dental a los pacientes tras agotar los recursos empleados en la consulta de demanda y las posibles visitas escolares.
La población diana son los pacientes del programa PABIJ que presentan acúmulo de placa bactariana a pesar de haberles dado consejos de higiene y dieta, mejorar los hábitos saludables tanto de higiene como de alimentación, complementar la consulta individual en consulta grupal y coordinar con los recursos educativos de la zona intersectorial comunitaria.

MÉTODO
La intervención consiste en darles un taller en grupos reducidos a ser posible de edades similares y posteriormente pasarán a cepillarse delante de los profesionales tras la utilización de un revelador de placa bacteriana. También tendrán que clasificar los alimentos según su riesgo cariogénico. Se les informará de la cantidad de azúcar oculta en los alimentos.
La actividad se realiza una o dos sesiones semanales, con una duración de 30 min. cada una. La realizarán dos higienistas dentales supervisadas por alguno de los odontólogos del servicio.

INDICADORES
Número de asistentes, indicadores de caries en piezas permanentes y definitivas, presencia de gingivitis.

DURACIÓN
Se han iniciado en diciembre de 2018 y no tiene fecha prevista de finalización por ser mejora para el grupo comunitario infantojuvenil.

OBSERVACIONES
Anulamos el proyecto 2019_0004 por deficiencias en su elaboración y lo sustituimos por el presente.

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 - 2019/0473

## 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARGARITA CANO SANCHEZ
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MELENDO MORENO MARIA PILAR
GONZALEZ TORRES EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
14/05/19. Sesión clínica realizada en el Centro de Salud de Sabiñánigo para explicar al resto de compañeros el uso de las nuevas aplicaciones y solicitar su colaboración para reenviar a los usuarios al Dpto. de Admisión.

15/05/19. Se imprimen los folletos informativos del SALUD sobre el uso de la APP para colocar en todas las mesas de las salas de espera y entregar en el mostrador de Admisión.

21/06/19. Participación en el "Taller de cuidadores" en el Hogar de personas mayores IASS. Se les explica la App para facilitarle el cuidado de sus familiares y poder llevar el control de las citas y medicación de sus familiares dependientes. Me ofrece la médico Laura Rivilla (de Comunitaria) la participación en dicho taller cuya duración será de dos horas y yo intervengo con 30 minutos.

Fechas indeterminadas. Se realizan en repetidas ocasiones impresiones de los folletos del SALUD para su colocación en las mesas de las salas de espera y entregar desde el mostrador de Admisión.

16/09/19. Me pongo en contacto con dos personas que son el nexo con la comunidad árabe en Sabiñánigo. Se acuerda que publicitarán a través de las redes la realización de una Sesión Informativa para incentivar el uso de la App dedicada exclusivamente a este colectivo debido a la dificultad idiomática que requiere más tiempo. La fecha de la sesión se prevé para el último trimestre del 2019. La sesión se llevará a cabo en el Centro si el grupo es reducido, en caso contrario se solicitará una sala a la Comarca del Alto Gállego.

30/09/19. Se contacta con la responsable del Hogar de personas mayores de Sabiñánigo (IASS) para ofrecerle la posibilidad de realizar una Sesión informativa destinada a las personas mayores que tengan conocimiento del uso del móvil, es un colectivo que requiere una especial atención por no tener la misma soltura. Se acuerda realizar la sesión en el mes de noviembre del 2019. La sesión se llevará a cabo en el Hogar de personas mayores.

02/10/19. Conteo de seguimiento actualizado en la fecha indicada de los diferentes medidores según indicadores desde que está en marcha el proyecto:
Demanda No Presencial: 173 unidades
PIN: 389 unidades
Autorizaciones de comunicaciones: hasta la fecha se han tramitado 1.746 unidades (no se ha podido saber las unidades desde que está en marcha y nos han facilitado el total de los que llevamos hasta el momento, se calcula que al mes se realizan unas 40-50 autorizaciones).

30/10/19. Se realiza taller del uso de las APP´s (se aprovecha para informar además de la documentación necesaria para tramitar la TSI del recién nacido) para embarazadas en la UNED de Sabiñánigo (a petición de la matrona del Centro que también forma parte del grupo de Comunitaria del mismo). Se acuerda realizar una charla con cada grupo que se reinicie de embarazadas.

06/11/19. Se realiza taller del uso de las APP´s para la comunidad árabe (cuyo contacto se realizó en septiembre), la sesión se realiza en el Centro de Salud de Sabiñánigo y acuden 11 mujeres. La acogida ha sido buena y se acuerda realizar otro en el año 2020.

19/11/19. Como miembro del Consejo de Salud de Sabiñánigo aprovecho la reunión convocada para exponer la posibilidad de poder aunar esfuerzos entre todas las asociaciones y entes que conforman dicho organismo y así poder programar una o varias sesiones sobre la APP´s destinada a la población en general. Todos están de acuerdos y en la próxima reunión que se realice se concretará la forma de cómo realizar dicha convocatoria.

13/11/19. Se habla con la Comarca sobre la posibilidad de realizar la sesión de las APP´s a algún colectivo que ellos consideren de interés y se acuerda incluir dicha charla dentro de un programa que tienen destinados a mujeres. A confirmar la fecha.

05/12/19. Está previsto realizar la charla cuyo destino son las mujeres del programa MUSA que gestiona la matrona (ella es la que me ha invitado a realizar dicha charla). El grupo está compuesto por 20-40 mujeres.

13/12/19. Se realiza el taller destinado a personas mayores que conozcan el uso del móvil. La gerente del Hogar de Personas Mayores de Sabiñánigo se encarga de publicitarlo en su local. No hay límites de plazas. Acuden 16 personas y al tener muy buena acogida, se acuerda con la gerente realizar otro taller en el 2020.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

## 1. TÍTULO

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

17/12/19. Reunión con la auxiliar de la Residencia Valles altos, para explicarle la APP´s y el uso que se le puede dar desde la gestión de pacientes para consultar, citar y modificar a todos los residentes de la misma. Cree que puede ser una buena herramienta y nos proponemos seguir en contacto para posibles dudas que pueden surgir en su manejo a nivel colectivo.

08/01/19. Se habla con la supervisora de la Residencia Vitalia, para proponerle una reunión con las mismas características y utilidad que la realizada con la otra residencia.

Todas las actividades que detallamos en la memoria inicial del proyecto se han realizado.

RECURSOS NECESARIOS:
Hasta el momento sólo hemos tenido que disponer de una pantalla y un proyector para explicar el manejo de la aplicación. Algunos talleres se han llevado a cabo en la Sala de reuniones del propio Centro y otros en instituciones como la sede de la UNED en Sabiñánigo o el IASS.
Para una mejor comprensión de la APP´s, la conexión del móvil de la tutora se realizaba a través de una aplicación (ScreenStream) que permite ver lo que se visualiza en el móvil “in situ” y así los tutoriales eran reales, con casos que se ejecutaban en ese momento, citas, anulaciones, consultar citas de especializada, visualizar hoja de tratamiento, etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los indicadores CUANTITATIVOS recogidos en el año 2019 son:

DEMANDA NO PRESENCIAL: 213 unidades
Fuente y método de obtención: tenemos un registro en Excel que se realiza paralelamente conforme se introduce el flash en OMI y así poder informar al usuario de si tiene o no tramitada dicha gestión.
Incidencia en la población: las 213 unidades corresponde a un 2% aprox. de la población.

PIN: 534 unidades
Fuente y método de obtención: conteo realizado cada mes de forma manual.
Incidencia en la población: las 534 unidades corresponde a un 6% aprox. de la población.

AUTORIZACIONES DE COMUNICACIONES: 1.846
Fuente y método de obtención: este dato nos lo facilitan en el CAU en un principio, después hemos ido contando mensualmente todos los que realizábamos antes de enviar la documentación a la dirección.
Incidencia en la población: las 1.846 unidades corresponden a un 21% aprox. de la población.

Los datos se compararán cada año finalizado con el año anterior para saber su incidencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se aprecia en la sesión clínica realizada al EAP del Centro, que muchos compañeros desconocían todas las gestiones que se pueden realizar y lo que podía facilitar al usuario las mismas. También la mayoría coinciden que no les parece adecuado que los usuarios puedan acceder a su historial clínico con un certificado digital, creen que puede crearse algunas situaciones de alarma innecesaria antes algunos resultados.
Tras la reunión con el EAP se ha notado el aumento de personas derivadas de las consultas del Centro para que tramiten algunas de las gestiones que existe como son; solicitud de información de la APP´s, la “autorización para las demandas no presenciales” y las “autorizaciones de comunicaciones”.
Tras la finalización de cada Taller, la mayoría de usuarios agradecían haber recibido la información y comunicaban que iba a ser algo útil en su relación con el Centro de Salud.
Los talleres dirigidos a algún colectivo especial, como la comunidad marroquí o a las personas mayores requieren dedicar el doble de tiempo, debido a la complejidad del idioma en el primer caso y de comprensión de las nuevas tecnologías en el segundo. Así que en estos casos el taller dura una hora aprox. y la misma indicaciones se repiten dos veces para fijar los conceptos impartidos.
Notas:
Cada dos meses hay que volver a imprimir folletos para su colocación en las mesas de las consultas.
Se aprovecha las llamadas recibidas en Admisión para preguntar por el recordatorio de hora de las citas, para informarles que dicho trámite lo pueden realizar a través de la APP´s.
También se realiza automáticamente la “autorización de comunicaciones” a los nuevos usuarios y se le hace entrega del folleto informativo de la aplicación.

Futuras acciones:
-Estamos a la espera que la Comarca nos diga en qué programas nos incluyen para realizar los talleres.
-El taller que estaba previsto realizarse a las mujeres del programa MUSA en diciembre del 2019 se anuló por avería del proyector del Centro de Salud, una vez repuesto el mismo la matrona nos indicará qué día se retomará la programación del taller.
-Está previsto hablar con los institutos para que los jóvenes también implicados en los cuidados de sus abuelos, puedan tener el acceso a través de la APP´s, a sus citas, recordatorios y mensajes de aviso de caducidad de medicación.
-Se repetirá todas las acciones que se realizaron en 2019 con nuevos usuarios:
1. Sesión con el EAP por las nuevas incorporaciones que hay y recordatorio al resto del equipo.
2. Impresión de folletos para entregar desde el mostrador de Admisión y poner en las mesas de las consultas médicas.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

## 1. TÍTULO

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

3. Talleres a la comunidad árabe, embarazadas, personas mayores, MUSA, nuevos programas del IASS, nuevos programas de la Comarca y usuarios que pueda agrupar las entidades que conforman el Consejo de Salud.
4. Además de seguir informando desde Admisión de la aplicación de SaludInforma, también se seguirá tramitando la “demanda no presencial”, las “autorizaciones de comunicaciones” y la entrega del “PIN” para su utilización dentro de la aplicación.

7. OBSERVACIONES.
Dado el giro que ha tenido el proyecto diseñado en un inicio como Proyecto de Calidad, quisiera solicitar que se incluyera como Proyecto de Atención Comunitaria ya que responde a la definición de Atención Comunitaria “el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos”.
Es un proyecto con una proyección de realización en el tiempo de forma indefinida, en él ha participado la población como es en el caso de los contactos que ha habido dentro de la comunidad marroquí, las instituciones que se han volcado en su difusión y que han facilitado que se pudiera impartir dichos talleres; IASS, el Consejo de Salud, la Comarca Alto Gállego, la matrona del Centro (programa MUSA) y las dos Residencias de ancianos de Sabiñánigo entre otros.
Dicho proyecto ha ido evolucionando en el transcurso de los meses para combatir la desigual distribución de condiciones sociales y capacidades personales que implica niveles de acceso y aprovechamiento diferenciado de las características que oferta la aplicación SaludInforma, intentando evitar una nueva fractura social entre las personas que ya se comunican y coordinan actividades mediante redes digitales, de quienes aún no han alcanzado este estado avanzado en el uso de dichas aplicaciones. Las instituciones ponen una herramienta muy útil a disposición del usuario, pero es necesario facilitar su acceso y aprendizaje a un sector de la población que no se desenvuelve con soltura dentro del mundo de las TIC´s y ello puede significar tener menos oportunidades para participar en la promoción de su Salud.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/473 ========== ***

Nº de registro: 0473

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

Autores:
CANO SANCHEZ MARGARITA, MELENDO MORENO MARIA PILAR, GONZALEZ TORRES EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

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

PROBLEMA
Debido a la dispersión de la zona sanitaria de Sabiñánigo y alrededores y ello sumado a la climatología adversa que se produce en invierno, se produce una saturación de llamadas para cita previa en los teléfonos de la centralita de Admisión. La mayoría de ellas en un tramo horario determinado lo que se traduce que se pierde una gran parte de las llamadas entrantes. Produciendo una gran insatisfacción entre los usuarios, ya que no es posible contestar a todas las llamadas.
Muchas de esas llamadas son para solicitar que le recuerdes a qué hora tienen su cita de demanda, o bien de programada y especializada porque hace tiempo que la solicitó.

RESULTADOS ESPERADOS
Promocionar de forma más directa las nuevas aplicaciones que dispone el SALUD:
-Por un lado, la aplicación de “Salud Informa” para que puedan consultar y solicitar cita previa. El objetivo primordial es que una parte importante de los usuarios se familiaricen con ella y se citen a través de la aplicación.
-La solicitud del PIN para poder acceder a sus citas programadas con especializada, modificar la fecha de la misma o simplemente acceder a cualquier de las otras opciones disponibles que ofrece el sistema. Se pretende

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0473

## 1. TÍTULO

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

reducir con ello las llamadas que sólo solicitan los recordatorios de su cita.
-Y, por último, seguir informando de la posibilidad del envío de “sms” para recordar con pocos días de antelación su próxima cita y así evitar que soliciten citas “urgentes” para renovar la receta electrónica. También influirá sin duda, en reducir las citas perdidas por olvido o descuido y evitar aumentar la lista de espera de las consultas de especializada.
-La DNP nos permite disminuir la lista de espera de los profesionales.
-Todas estas medidas se quieren tomar para liberar lo máximo que se pueda las llamadas al Centro y así poder tener un mayor número de atención telefónica. Sobre todo, poder atender con éxito las llamadas de esas personas que por su avanzada edad es difícil formar en las nuevas tecnologías.

MÉTODO
-Reunión con el equipo para informar y formar, ya que muchos de ellos conocen de oída algunas de las aplicaciones, pero no han accedido aún a la plataforma.
-Solicitud de carteles al SALUD para colocar en los consultorios y farmacias.
-Reunión con el Consejo de Salud de Sabiñánigo para informar de las aplicaciones y ofrecer la posibilidad de realizar sesiones formativas, según necesidad y acogida, a un colectivo determinado que se pueda concretar en dicha reunión para llegar al mayor número de personas.
-Elaborar folletos informativos, haciéndolos accesibles a la población. Y que quede claro, que cualquier duda al respecto puede dirigirse al Servicio de Admisión para resolverla.
-Aprovechar las gestiones que vienen a realizar los usuarios para informarles de las posibilidades que ofrecen las nuevas aplicaciones, así como a todos aquellos que realicemos una nueva tarjeta sanitaria.
-Creación de un fichero excel de los usuarios que han tramitado la DNP para poder indicar con mayor precisión en el flash de OMI su pertinencia o no a dicho sistema.

INDICADORES
-Solicitar anualmente a BDU el número de trámites que se hayan realizado de “autorizaciones de comunicaciones” y números de “solicitud de PIN” que se han realizado.
Esperando un incremento del 15-20% en cada uno.
-Se consultará los usuarios que se ha dado de alta en la solicitud de DNP a través del fichero Excel creado ad hoc.

DURACIÓN
La duración será indefinida, ya que siempre tendremos nuevos usuarios a los que incluir en este proyecto.
Fecha inicio prevista: 01/04/2019
Fecha de finalización del proyecto: indefinido

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0492

## 1. TÍTULO

## LA SALUD VISITA EL COLE

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BLANCA GOMEZ TAFALLA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OTO CONDON NOEMI
GIL FERRER VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Curso 2018/2019 la actividad de lavado de manos e higiene buco dental en los colegios Puente Sardas y Monte Corona.
La higienista dental y la enfermera pediátrica visitaron ambos colegios para desarrollar un taller teorico práctico de higiene.
previo a la visita los profesores realizaron una tormenta de ideas recogiendo las ideas que los alumnos de entre 3 y 6 años tenian sobre el tema.
Tras el taller se paso a los alumnos una ficha evaluativa sobre lo que habian aprendido.

Curso 2019/2020 Se planifica una actividad por trimestre en cada uno de los colegios del municipio (Puente Sardas, Monte Corona y Santa Ana)
1- RCP desde mi cole. Destacando la importancia de reconocer la situación de peligro, llamar al 112, dar punto de localización y colocación del afectado en posición de seguridad. Previo a la visita los profesores hacen una tormenta de ideas. Se prepara un teatro recogiendo una situación de emergencia y se interpreta lo que deberian hacer en dicha situación. Posteriormente, los profesores pasan una ficha evaluativa a los alumnos para saber que han aprendido.
2- Charla con los padres y madres de los alumnos ( manejo de la temperatura, manejo básico de heridas...)
3- Higiene buco dental y de manos.

La enfermera de pediatria junto a las pediatras del centro revisan cada mes el menu escolar de Puente Sardas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los niños contestaron la ficha correctamente en su mayoria ( pendiente analisis estadistico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los niños sintieron cercania de los profesionales al visitar su colegio y repercute en disminuir nivel de ansiedad al acudir a la consulta del centro de salud.
Aprenden tecnicas de higiene que repercuten en su salud.
Empoderamiento de los niños al sentirse utiles en una situación de emergencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/492 ========== ***

Nº de registro: 0492

Título
LA SALUD VISITA LA ESCUELA

Autores:
GOMEZ TAFALLA BLANCA, OTO CONDON NOEMI, GIL FERRER VIRGINIA, RIO ABARCA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SABIÑANIGO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN SANITARIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0492

## 1. TÍTULO

### LA SALUD VISITA EL COLE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
DETECCIÓN POR PARTE DEL COLEGIO Y DEL CENTRO SANITARIO DE REFERENCIA DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS DEFICITARIOS (HIGIENE, HÁBITOS ALIMENTICIOS Y PRIMEROS AUXILIOS) EN LOS NIÑOS EN EDAD INFANTIL.

RESULTADOS ESPERADOS
CONCIENCIAR A LOS NIÑOS EN EDAD INFANTIL DE LA IMPORTANCIA DE RESPONSABILIZARSE DEL CUIDADO DE SU SALUD Y DE LA DE OTROS.

MÉTODO
SE PROGRAMAN ENCUENTROS EN LA ESCUELA UNA CADA TRIMESTRE, TOTAL 3 EN EL CURSO ESCOLAR.
1-HIGIENE BUCO DENTAL Y DE MANOS (toalla y jabón de manos y cepillo de dientes)
2-ALIMENTACIÓN ( semaforo de alimentos, revisión de menú diario del comedor...)
3-RCP BÁSICA (un muñeco grande)

INDICADORES
ENCUESTA INICIO/FINAL ENCUENTRO.
ENCUESTA NIÑOS SIN FORMACIÓN/CON FORMACIÓN ANUAL.

DURACIÓN
REALIZAR ECUENTROS DURANTE 2 CURSOS ESCOLARES, UNA VEZ EN EL TRIMESTRE. LOS PROFESORES REFORZARÁN LOS CONCEPTOS DURANTE DICHO TRIMESTRE.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

## 1. TÍTULO

### CORAZÓN EN FORMA

Fecha de entrada: 22/02/2020

2. RESPONSABLE ..... TERESA RIO ABARCA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SABIÑANIGO
· Localidad ..... SABIÑANIGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL FERRER VIRGINIA
HERNANDEZ AGUSTIN LUISA
PICKFORD SARA
VICENTE CAMPOMANES ELBA
GRACIA AZNAREZ MARIA
STOKMAN VAN GORP MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primer grupo del programa de ejercicio físico y control de factores de riesgo para pacientes con alto riesgo cardiovascular "Corazón en Forma" con duración de 1 de octubre a 17 de diciembre del 2019. Se seleccionaron a 8 hombres de entre 52 y 74 años.

? EJERCICIO FÍSICO SUPERVISADO

- 1hora semanal de ejercicios de fuerza en la sala multiusos del Centro Cultural Carlos López Otín de Puente Sardas, Sabiñánigo. Supervisada por enfermería y fisioterapia.

Se acondiciona la sala con los materiales que se van a utilizar durante la sesión (colchonetas, pesas, picas, sillas, escalón...) y música para aumentar la motivación.

Se realiza un circuito de 10 ejercicios de fuerza, cada uno de ellos centrado en un grupo muscular: pectorales, biceps braquial, triceps braquial, abdominales, extensores el tronco (altos y bajos), glúteos, cuádriceps, isquiotibiales, gemelos y triceps sural. Durante un minuto se repiten los movimientos a intensidad moderada. Posteriormente se dejan 2 minutos de recuperación.

Al finalizar cada sesión se registra la tensión arterial, la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y el esfuerzo percibido a través de la Escala de Borg.

Total de sesiones: 10.

-1 hora semanal de ejercicio aeróbico. Enfermería acompaña al grupo a caminar por diferentes rutas de las inmediaciones de sabiñánigo. Se pasea a intensidad moderada (75-85% de frecuencia cardíaca máxima).

Durantes los primeros 10 minutos se calienta mediante estirmientos y ejercicios de movilidad articular. Posteriormente se camina durante 40 minutos con una intesidad moderada. Los últimos 10 minutos se camina con baja intensidad para la recuperación

Al finalizar el paseo se registra la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y el esfuerzo percibido según la Escala de Borg.

Total de sesiones: 10.

? EJERCICIO FÍSICO NO DIRIGIDO

Cada paciente se compromete a realizar por su cuenta 1hora semanal, como mínimo, de ejercicio aeróbico (senderismo, ciclismo, natación, baile, aerobic...), que apuntan su ficha personal.

? CONSULTA INDIVIDUALIZADA (VALORACIÓN ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PROYECTO)

- Información previa:

Los pacientes candidatos, que han sido seleccionados por el equipo de atención primaria, son citados telefónicamente para informarles sobre el proyecto "Corazón en forma".

En el primer encuentro firman el consentimiento informado, se les entrega un tríptico con información organizativa del proyecto, consejos cardiosaludables (dieta, deshabituación tabáquica, ejercicio...) y el registro personal de citaciones y ejercicio individual.

- Valoración inicial:

Realizamos la anamnesis (antecedentes personales, tratamiento habitual, hábitos de vida...) y la exploración física (peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Los paicentes cumplimentan el cuestionario de la calidad de vida percibida (WHOQOL-

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

## 1. TÍTULO

### CORAZÓN EN FORMA

BREF de la OMS). Por último se les hace el Test de los 6 minutos en un pasillo del centro previamente medido y acondicionado para la realización de la prueba, al finalizar se pasa la Escala de borg para medir el esfuerzo físico percibido.

- Seguimiento:

A mitad de programa se realiza una consulta de seguimiento en la que se valora el peso, el perimétro abdominal, la tensión arterial y la frecuencia cardíaca.

- Valoración final:

Cuando se termina el programa los pacientes vuelven a cumplimentar el cuestionario de la calidad de vida percibida (WHOQOL- BREF de la OMS), realizan de nuevo el Test de los 6 minutos (se les pasa la Escala de borg para medir el esfuerzo físico percibido) y se les explora físicamente (peso, perímetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno). Se establecen comparativas y se estudia la progresión durante el programa.

? CONSULTAS GRUPALES

Se abordan temas comunes relacionados con patalogía cardiovascular (dieta, deshabituación tabáquica, manejor del estrés...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS:

-Mejora de la salud y de los factores de riesgo cardiovasculares.

INDICADORES:

- Mejora del 20% en el “test de los 6 minutos”
- Mejora en el “test de calidad de vida percibida”
- Mejora en la capacidad de esfuerzo físico percibido

EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

- En todos los pacientes participantes se documenta una mejoría consistente de 5-10 % de la distancia recorrida en el test de 6 minutos. No alcanza el objetivo inicial de mejora propuesto de 20 %, pero hay que tener en cuenta que todos partían de una buena capacidad funcional, superando en un 47% el límite inferior de la normalidad en el primer test de 6 minutos según la ecuación de regresión de Enright.

- En el test de calidad de vida percibido ( WHOQOL-BREF) realizado al final del programa hubo una mejoría general respecto al realizado al inicio del programa con una puntuación media 12,27 % mas alta.

- Mejoría general en todos los participantes del nivel de esfuerzo físico percibido (escala de Borg), especialmente post ejercicio. Hubo una disminución media de 5,41% en la puntuación de Borg post ejercicio aerobico y una disminución media de 3,77% post ejercicio de fuerza, comparando en ambos casos puntuaciones de la primera mitad del programa con puntuaciones en la segunda mitad

- Respecto al control de los factores de riesgo cardiovascular, hemos observado una disminución significativa en las cifras de la tensión arterial al finalizar el programa, comparando las cifras iniciales con todas las cifras en controles semanales.

- El perímetro abdominal se ha reducido en todo el grupo, una media de 3,25%.

- El grado de satisfacción al terminar el programa ha sido ALTO para todos los participantes.

- La modificación de hábitos en la mayoría ha sido TOTAL O PARCIAL .

- Todos han declarado que los cambios que han hecho para afrontar la situación ( riesgo cardiovascular) ha sido PARCIAL .

- La distancia recorrida durante el ejercicio aeróbico semanal ( caminar ) ha sido alrededor de 4,6 kilómetros con un promedio de velocidad de andar de +/ - 5 kilómetro/hora y un promedio en la escala Borg de 4-5 al principio del proyecto y 3-4 al final.

- Grado de cumplimiento de objetivos : ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PUNTOS DE MEJORA IDENTIFICADOS PARA PRÓXIMOS GRUPOS:

- Hacer más hincapié en la educación para la salud a nivel familiar, promocionar el auto-cuidado y la dieta

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

## 1. TÍTULO

### CORAZÓN EN FORMA

saludable y continuidad de régimen tras completar el programa.

- Incluir más charlas grupales para tratar temas como dieta, hiperlipidemia, auto-cuidado deshabituación tabáquica, hábitos insanos...

- Atención psicosocial: incorporar a la psicóloga o enfermera de psiquiatría en el equipo para tratar problemas de estrés, ansiedad o deshabituación tabáquica.

- Que antiguos participantes participen y colaboren con el desarrollo y adherencia de nuevos grupos.

- Control periódico de antiguos participantes incluyendo analítica de sangre.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/978 ========== ***

Nº de registro: 0978

Título
PROGRAMA EJERCICIO FISICO SUPERVISADO EN REHABILITACION CARDIACA

Autores:
GARZA BENITO FERNANDO, ALBARRAN MARTIN CARMEN, CHABBAR BOUDET MARUAN CARLOS, ACIN MIGUEL TERESA, CARNICER NAVARRO MARIA ANGELES, NEGREDO HERNANDEZ EVA MARIA, MENDOZA DILOY ABRAHAM, MUÑOZ DIESTE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ROYO VILLANOVA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Rehabilitación cardiaca (RHC) es una disciplina de la cardiología reconocida en guías de actuación de las Sociedades de Cardiología con indicación clase IA en el tratamiento de cardiopatía isquémica, y en insuficiencia cardiaca. En 2015, se crea la “Unidad de Rehabilitación Cardiaca de Zaragoza” (URCZ) como una unidad común dependiente de los tres S. de Cardiología de las áreas asistenciales de Zaragoza (I, II y III) ubicada en el H. Nuestra Señora de Gracia (HNSG). Es una unidad ambulatoria con derivación de los pacientes al alta del hospital. Diseñada para abarcar un alto volumen de pacientes (en cuanto esté dotada del personal y equipamiento necesario) optimizando los recursos de los tres hospitales y del HNSG. Se estima que en actividad plena pueda atender a más de 800 pacientes al año (los generados en las tres áreas de insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica). El objetivo de los programas de RHC son lcardiopatas con especial atención en cardiopatía isquémica tras un evento agudo y en insuficiencia cardiaca. Con los recursos actuales, se atienden menores de 65 años, con el proyecto de SDE pretendemos atender a menores de 70 años.

RESULTADOS ESPERADOS
.El proyecto de “SDE” se pretende ampliar el número de pacientes a realizar rehabilitación cardiaca al año lo cual permitirá aumentar el rango de edad de inclusión de 65 a 70 años en cardiopatía isquémica e incorporar a los pacientes de insuficiencia cardiaca. La previsión de actividad duplicará el número de pacientes a incluir en RHC, pasando de 44 pacientes cada 8 semanas (240 pacientes/año) a 84 pacientes (504 pacientes/año).

MÉTODO
: El programa de “SDE” aplica el ejercicio de forma ambulatoria. En la inclusión separamos dos grupos: Pacientes con riesgo alto: realizaran programa de ejercicio físico presencial en gimnasio monitorizados y Pacientes de bajo riesgo que realizaran “SDE”: ejercicio físico por su cuenta monitorizados y dirigidos por los fisioterapeutas, con controles cada 15 días. El resto de acciones: Valoración previa y final, Programas de prevención secundaria,… programa educativo,… serán los mismos para ambos grupos de pacientes. Los pacientes que entrarían en el programa de SDE serán: Pacientes en FASE II de RHC, menores de 70 y de bajo riesgo con hábitos de ejercicio físico adecuados o pacientes que por diferentes motivos no pueden realizar el programa de ejercicio físico presencial (falta de tiempo, distancia,…). PROGRAMAS DE SDE.- Se realizará un programa de 8 semanas, similar a la fase II habitual con cambios que se especifican a continuación: 1.-INCLUSION.- Se realizará la inclusión igual que el resto. La inclusión consta de: Consultas de Enfermería, Cardiología y

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0978

## 1. TÍTULO

### CORAZÓN EN FORMA

Medico Rehabilitador, ECG, bioimpedancia, analítica, test de calidad de vida, cooximetría, ecocardiograma, ergometría,…. 2.- PROGRAMA EDUCATIVO.- durante las 8 semanas una charla semanal de una hora, sobre temas relativos a la cardiopatía isquémica y su prevención. 3.- PROGRAMA DE PREVENCION SECUNDARIA DE FACTORES DE RIESGO: cardiólogo y enfermería realizaran control de factores de riesgo del paciente: dietética, diabetes, tabaco,.. 4.- PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO SUPERVISADO DOMICILIARIO. Tras evaluación de umbrales de riesgo, el Médico Rehabilitador emite una orden de tratamiento de ejercicio físico individualizada para cada paciente, que debe hacer domiciliariamente. Cada 15 días acudirá al gimnasio de la URCZ donde el Fisioterapeuta evaluará la práctica del ejercicio prescrito al paciente. Anotara las incidencias del mismo e instruirá en grupo de los ejercicios de calentamiento, estiramientos, resistencia, … 5.- PROGRAMA PSICOLOGICO. - Instrucción en técnicas de relajación y aspectos psicológicos. 6.- ALTA.- Al finalizar el programa se realizará una evaluación con informe de alta. 7.- REVISIONES: a los seis meses y año. Así como las consultas a demanda que solicite su médico de A. Primaria el primer año

INDICADORES
Se monitorizara los pacientes incluidos en programa, e indicadores de subprocesos, tiempos de demora de inclusión e inicio de programas

DURACIÓN
Implantación en 2019 a pacientes de áreas I, II y III, con criterios de inclusión y edades menores de 70 años. Duración indefinida

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 - 2018/0586

## 1. TÍTULO

## DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE RAMON DE JUAN ASENJO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
SENAC BARDAJI MARIA JOSE
JIMENEZ SARRADELL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.
Se realizará registro de la lesión con descripción clínica y sintomatológica. Se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.
Se registrará en una base de datos crada para esta consulta. No realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS DEL PROYECTO
Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones Dermatológicas.
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de Cirugía menor de nuestro Centro de Salud.

Realización de biopsia, según lesión, en Atención Primaria.
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al Servicio de Dermatología.
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes.
VALOR DE INDICADORES
Nº Valoraciones 86
Biopsias 7 6 Dermatología / 1 Atención Primaria

Derivaciones 22 Valoraciones 86

Biopsiadas 6 Exeresis 5 / T. Tópico 1
Crioterapia 4
Sin tratamiento 2
No informadas 5
Sin citar 4
No acude a consulta 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Falta el apoyo solicitado para generar una base de datos específica.
No se ha realizado el contacto con Servicio de Dermatologia y el generar un circuito de derivaciones rápidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/586 ========== ***

Nº de registro: 0586

Título
DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE JUAN ASENJO JOSE RAMON, ORDAS LAFARGA OLGA, SENAC BARDAJI MARIA JOSE, JIMENEZ SARRADELL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

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

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0586

## 1. TÍTULO

### DERMATOSCOPIA EN ATENCION PRIMARIA

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

PROBLEMA
El creciente aumento de la demanda asistencial que vivimos en el ámbito sanitario es un hecho conocido por todos los facultativos. Es motivo de continuos debates y revisiones con el objetivo de hallar soluciones para mejorar aspectos de la atención, como la accesibilidad, garantizando la calidad de la práctica clínica diaria con seguridad para el paciente, sin que ello suponga una sobrecarga de trabajo superior a la que ya estamos sometidos.

La creación de consultas monográficas en AP, en concreto en problemas dermatológicos y su resolución a través del uso del dermatoscopio, permite a los profesionales de AP mejorar los niveles de eficacia y eficiencia en la atención a determinada patología dermatológica concreta.

RESULTADOS ESPERADOS
Valoración precoz en Atención Primaria de lesiones dermatológicas.
Remisión a tratamiento quirúrgico, si precisa, a realizar en consulta de cirugía menor de nuestro centro de salud.
Realización de biopsia, según lesión, en atención primaria.
Derivación dirigida según el hallazgo dermatoscópico al servicio de Dermatología.
Fomentar el cuidado, protección solar y vigilancia de la piel por parte de los pacientes

MÉTODO
Respecto a la agenda de la consulta, necesitamos un tiempo de 30 minutos por paciente. Se realizará un día a la semana, con agenda específica para este proceso.

Se realizará el registro de la lesión, con descripción clínica y sintomatológica, se usará el dermatoscopio para valorar la lesión.

Se registrará en una base de datos creada para esta consulta.

INDICADORES
Nº biopsias realizadas/Nº valoraciones.
Nº derivaciones a Derma/Nº valoraciones realizadas.

DURACIÓN
Mayo-junio 2018.
Creación de base de datos.
Creación de agenda específica para el proceso.
Contacto con servicio de Dermatología para reforzar formación, así como circuito de derivaciones de lesiones ya valoradas.
Presentación del proyecto en el EAP

Noviembre
Reevaluación del proceso

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DIVINA DOSTE LARRULL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANCER MORE PILAR
JIMENEZ HEREZA JUAN MANUEL
LARRIPA CADENAS PATROCINIO
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
SEBASTIAN BONEL MARIA FLOR
USIETO GARCIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20%, porque a veces se incluyen a todos los niños con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar entre el 5-10%.
La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores, evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa, y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.
Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo). Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas además de problemas sociales y económicos para la familia.
La introducción de un test validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico. En la historia personal y de desarrollo evolutivo, debemos prestar especial atención al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia. El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas del desarrollo el niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.
Por ello nos planteamos una serie de objetivos:
1. Asegurar la correlación entre P24 “trastorno del aprendizaje” con Dislexia, excluyendo “ TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85” ( Episodios OMI-AP)
2. Realizar el test a demanda a cualquier edad ante la presencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
3. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

Se han realizado las siguientes actividades:
Abril 2018: Elaboración de un listado de los niños de 0-14 años con episodio P24 y comprobar su adecuación.

21 de abril 2018: Sesión formativa del Dr. Cruz Cubells sobre la experiencia en Lérida de la consulta de detección de dislexia, con la utilización del Test Prodiscat Pediátrico.

21 de mayo de 2018: Reunión en educación con los responsables del Departamento de Atención a la Diversidad, para informar del proyecto y la necesidad de colaboración entre Departamentos, sobre todo con los orientadores de los colegios.

24 de octubre de 2018: Se establece la incorporación sistemática del test, en la revisión del niño de 6 años, y el circuito de derivación de los niños a los orientadores de los colegios públicos. Se acuerda que el circuito de derivación a los colegios concertados será a través de la asesora técnica de Atención a la Diversidad.

23 de noviembre 2018: Reunión con los orientadores de los colegios públicos para aclarar dudas y concretar la fecha de reunión al final del curso escolar entre representantes de los servicios de pediatría y ellos.

30 de noviembre 2018: Validación del Test Prosdiscat Pediátrico. Información a los orientadores, pediatras y Departamento de Diversidad.

Enero 2019: Obtención de los listados de los niños nacidos en 2013, que serán los que cumplan 6 años en 2019.

7 de junio 2019: Reunión en Educación de representantes de pediatría y los orientadores de los colegios públicos para intercambio de impresiones sobre: Dificultades encontradas a la hora de desarrollar el programa, comentar casos positivos,…

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

20 de diciembre 2019: Reunión con los orientadores y representantes de pediatría para ver la evolución del Programa y fijar nueva fecha de reunión que queda fijada para el día 8 de mayo de 2020.

Reuniones varias de los componentes de los equipos de pediatría de los centros de salud: Perpetuo Socorro, Pirineos, Santo Grial y Grañén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El primer objetivo del proyecto era asegurar la correlación entre P24 “trastorno del aprendizaje” con Dislexia, excluyendo TDAH, déficit de Atención P21, o retraso mental P85. En el listado obtenido en abril de 2018 el número de niños de 0-14 años, con episodio P24 activo eran 315 niños, tras la adecuación del episodio, son 21 los casos que realmente cumplen criterios de Dislexia. Existiendo a partir de ese momento una adecuación del 100% de los casos entre diagnóstico y episodio OMI-AP,

En cuanto al 2º objetivo, hasta diciembre de 2018 se ha conseguido un aumento en la detección de casos del 30% (objetivo marcado del 2%), a expensas de niños de 6-14 años no diagnosticados previamente o que no tenían registrado en OMI-AP ese episodio.

En cuanto al tercer objetivo, como la introducción sistemática del test a los 6 años no se realiza hasta octubre de 2018, para la valoración de resultados se coge como población a los niños nacidos en 2013 que son todos los que van cumpliendo 6 años a lo largo de 2019.
Nos planteamos como indicadores:
*nº test realizados a los 6 años/nº total de niños de 6 años. Objetivo entre 90-100%.
*nº test positivos a los 6 años/nº test realizados en la revisión del niño sano a los 6 años. Objetivo 5%

El número total de niños es de 658. De los cuales se excluyen 7 por distintos motivos (patología neurológica, dificultad con el idioma, van a la privada). Por lo tanto el nº de niños para evaluar es de 651. A todos los niños que han acudido se les ha realizado el test. El nº de test realizados es de 563.
Nº test realizados a los 6 años /Nº niños 6 años: 563/651. Se ha realizado el test al 86,48%
El nº de test realizados es inferior a lo planteado como objetivo (90-100%), esto se debe a que algunos niños aún no han venido a la revisión. Lo que es importante es que a todos los que han venido sí que se les ha realizado.

El nº de test positivos ha sido de 17
Nº test positivos/ Nº test realizados a los 6 años:: 17/563 3%
Se había previsto una incidencia de Dislexia del 5%. La incidencia observada es menor: 3%.
Hay algunos casos considerados como “dudosos” que no llegan a los 4 ítems positivos de corte en el test, tienen 2ó 3. A estos niños se les repetirá el test en unos meses, considerándolos niños de riesgo y habrá que ver si más adelante se considerarán niños con dislexia.
También se han detectado casos positivos de niños de otras edades, no diagnosticados previamente: 10 niños

El 4º objetivo se ha cumplido, manteniendo reuniones diversas con el Departamento de educación. Comentando los casos derivados y haciendo propuestas de mejora del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión de la correlación de episodios ha puesto de manifiesto la importancia de hacer un buen registro del diagnóstico en OMI para obtener una extracción de datos que refleje la realidad.
El mantenimiento de este proyecto queda justificado por la necesidad de conseguir una detección precoz a los 6 años y asegurar el seguimiento adecuado en el colegio. Se seguirán también los niños con test dudoso, para que no queden casos sin diagnosticar.
El contacto con Educación ha sido muy enriquecedor, ya que mismas patologías, pueden abordarse desde distintos puntos de vista.
Sería interesante que el test Prodiscat Pediátrico se pudiese incluir como plantilla en OMI, en la revisión de los 6 años del programa niño sano.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/721 ========== ***

Nº de registro: 0721

Título
MEJORA EN LA DETECCION DE NIÑOS CON DISLEXIA

Autores:
DOSTE LARRULL DIVINA, LARRIPA CADENAS PATROCINIO, SANCHO RODRIGUEZ MARIA LUISA, PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA,

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

SEBASTIAN BONEL FLOR, RODRIGUEZ CAMPODARVE VANESSA, USIETO GARCIA TERESA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Trastorno del aprendizaje
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existe una gran variación en cuanto a los porcentajes de niños y niñas con dislexia, pues algunos estudios señalan entre un 10 y un 20% porque a veces se incluyen a todos los niños/as con retraso lector, independientemente de la causa que los origine. Cuando se aplican criterios más estrictos el porcentaje se suele situar en el 10%. Tenemos que tener en cuenta que el 40% de niños con dislexia presentan TDHA. Y si valoramos el porcentaje en centros de drogadicción, cárceles etc. el porcentaje es superior al 40%.
La disminución drástica que se observa de alumnos con necesidades especiales de aprendizaje, desde 1º de la eso a 2º de bachiller, unido a los datos anteriores evidencia la dificultad de padres, comunidad educativa y sanitaria en la detección temprana del problema y el abandono escolar de estos niños. Esto ha reforzado muchos tópicos sobre la dislexia, basados en conceptos totalmente superados por el conocimiento neurobiológico actual.
Diversas investigaciones han mostrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos, de ansiedad y de conducta en el alumnado con trastorno del aprendizaje (sensación de fracaso, no reconocimiento del esfuerzo, sensación de ridículo) Ello genera, en el ámbito sanitario, derivaciones innecesarias y puede llevar a orientaciones diagnósticas erróneas, además de problemas sociales y económicos para la familia.
La introducción de un test de detección validado, Prodiscat Pediátrico, bien en una revisión sistemática, o ante una demanda de sospecha, sirve como actuación para el diagnóstico, ya que uno de los aspectos a tratar es la "historia personal y desarrollo evolutivo", que hace referencia a los datos relativos al embarazo, parto, alimentación, sueño, funcionamiento visual y auditivo, enfermedades, accidentes graves, hospitalizaciones, preferencia manual, desarrollo afectivo etc. Especial atención debemos prestar al desarrollo del lenguaje, ya que frecuentemente se ha asociado dificultades en las capacidades receptivas y expresivas del alumnado con dislexia.
El resultado de la valoración del desarrollo psicomotor en las distintas etapas de desarrollo del niño puede servirnos de indicador de alerta e indicador de dislexia.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Asegurar la correlación entre el P24 "trastorno del aprendizaje" con Dislexia, excluyendo "TDHA, déficit de atención P21 o retraso mental P85"
2. Inclusión del Test de manera sistemática en la revisión de los 6 años.
3. Realizar el test a demanda ante la persistencia de síntomas de alerta durante más de 6 meses.
4. Establecer contactos con el Departamento de Educación para facilitar el inicio de las medidas educativas lo antes posible tras el diagnóstico y compartir entre departamentos el seguimiento de los niños con test positivos.

MÉTODO
1. Conocer los niños con el episodio P24 de cada cupo y comprobar su adecuación
2. Establecer comunicación entre departamento de educación y sanidad.
3. Introducción del Test Prodiscat Pediátrico en la revisión de los 6 años.
4. Comprobar el conocimiento por parte de los orientadores de los centros, de los niños con P24 detectados.
5. Transmitir al EAP la herramienta diagnóstica en una sesión clínica.

INDICADORES
1. Correlación del 80% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018

2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso comp0lejo SI/NO. Diciembre 2018

DURACIÓN
1. Correlación del 100% de los episodios P24 con el diagnóstico de dislexia. Fuente OMI-AP Mayo 2018
2. Aumento del 2% en la detección. Diciembre 2018. OMI-AP
3. Aumento del 2% en la detección sobre el 2018. Diciembre 2019 OMI-AP
4. Comunicación entre departamento de sanidad y educación al inicio y final del curso SI/NO. Diciembre 2018.
5. Comunicación accesible entre el departamento de sanidad y educación ante un caso comp0lejo SI/NO. Diciembre 2018

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0721

## 1. TÍTULO

### MEJORA EN LA DETECCIÓN DE NIÑOS CON DISLEXIA

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

## 1. TÍTULO

## OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANGEL LUIS ARRICIVITA AMO
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
LANAO MARTIN ADOLFO
CEBOLLERO BUISAN LARA
ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION
PICONTO NOVALES MARIA
GRACIA ASCASO IRENE
BOTAYA ESTAUN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Incorporación al equipo del proyecto, desde el primer momento de la puesta en marcha, de la responsable del servicio de admisión del centro (Carmen Cerezuela).

- Gestiones con director de Enfermería de Atención Primaria (abril 2019).

- Se han llevado a cabo dos reuniones con los diversos integrantes del equipo del proyecto (25 de julio y 16 de octubre 2019).

- Una reunión con una de las policías locales del equipo de familia (10 de septiembre 2019).

- Una reunión con la técnico de salud (1 de octubre 2019).

- Desde mediados de noviembre 2019 se está en conversaciones vía mail con responsable de procesos informáticos (Fernando Bielsa) al objeto de mejorar en programa OMI la detección de persona sola.

- Se han llevado a cabo prueba piloto de recogida de información a través de la base registral, creada al efecto (octubre-noviembre 2019).

En cuanto a los recursos empleados, recursos humanos: el propio equipo del proyecto incluyendo, además, a la responsable del servicio de admisión; y recursos materiales: material fungible y no fungible disponible en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se dispone de una base registral con 35 indicadores (20 diseñados ad hoc más 14 indicadores de riesgo social sanitario ya reconocidos en 2015 en un proyecto de mejora de la calidad). Uno de los dos indicadores planteado en el AGC 2019 en relación a este proyecto fue: Se realizará una base registral de personas solas.

- Se dispone de un procedimiento escrito de captación-detección de persona sola en consulta que incluye, entre otros: criterios de inclusión y exclusión, propuesta de inclusión de persona sola en el proyecto, investigación, transferencia de la información y actualización de la misma. El otro indicador planteado en el AGC 2019 en relación a este proyecto fue: Se realizará un procedimiento de captación-detección activa de personas que viven solas y su inclusión en dicha base registral.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Con las actividades realizadas y los resultados obtenidos se han cumplido los indicadores planteados en el proyecto para el 2019 y, por tanto, en los AGC 2019.

- Consideramos que es posible dar continuidad al proyecto y estamos convencidos de que la próxima fase del mismo permitirá disponer de información objetiva de interés en relación a las personas que viven solas y la instauración continuada del Observatorio que, valorado en su momento, podría ser de interés en otras zonas de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/149 ========== ***

Nº de registro: 0149

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

## 1. TÍTULO

## OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

Título
OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCION, PERFIL Y MAPA

Autores:
ARRICIVITA AMO ANGEL LUIS, ORDAS LAFARGA OLGA, LANAO MARTIN ADOLFO, CEBOLLERO BUISAN LARA, ESPORRIN BOSQUE CONCEPCION, PICONTO NOVALES MARIA, GRACIA ASCASO IRENE, BOTAYA ESTAUN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Detección de situación de persona que vive sola, con o sin patología asociada
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el estudio PSISOSUR, llevado a cabo en la provincia de Huesca (2014-15) desde la Unidad de Investigación y Docencia con el fin de conocer los problemas sociales y las reacciones psicológicas en torno a las urgencias-emergencias sanitarias, se constató que las personas solas representaron el 10%, el 2º grupo de la muestra detrás de los que viven con algún familiar.

A su vez, los profesionales del equipo de Atención Primaria del centro de salud Santo Grial de Huesca son conocedores de casos de personas que han fallecido solas en su casa y que, al parecer, no disponían de apoyos sociales.

A pesar de ello, aunque la ciudad de Huesca -incluso la provincia o la comunidad autónoma de Aragón- no alcanza los niveles de preocupación de grandes ciudades españolas y de otros países económicamente desarrollados, donde lo expuesto forma parte de la realidad cotidiana de dispositivos de atención urgente, desde el centro de salud se observa que, paulatinamente y desde hace tiempo, hay más demandas de personas que viven solas, y que no solamente se trata de personas mayores.

Por tanto, este proyecto permitiría empezar a trabajar, sobre todo desde la prevención, una realidad social inevitable conociendo el perfil personal y geográfico de la persona sola y su evolución para, así, responder mejor desde el centro de salud y otros dispositivos sanitarios y sociales -sobre todo de urgencia- tanto en el presente como a medio-largo plazo.

Por tanto, las líneas de trabajo que se proponen en este proyecto son, principalmente: Detección-captación, investigación, coordinación y seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Detección de la posible vulnerabilidad física, psíquica y social de las personas que viven solas.

Objetivos específicos:
- Elaborar el perfil y mapa de la persona sola en la zona de salud Santo Grial de Huesca, a partir de una base registral.

- Detectar-identificar-captar personas que viven solas en situación de riesgo social sanitario*, de accidente doméstico (caída, incendio, etc.) y otros sucesos (desaparición, robo, etc.) susceptibles de generar atención sanitaria urgente, con el fin de evitar o reducir su probabilidad.

- Contribuir a evitar muertes indeseadas (suicidios y homicidios, principalmente).

- Facilitar procesos de atención sanitaria (física, psíquica y social) en sus diferentes niveles (Urgencias, Primaria y Especializada) y con otros sistemas y servicios.

MÉTODO
- Diseño de una base registral.

- Detección-captación de personas solas.

INDICADORES
- Se realizará una base registral de personas solas.

- Se realizará un procedimiento de captación-detección activa de personas que viven solas y su inclusión en dicha base registral.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0149

## 1. TÍTULO

### OBSERVATORIO SANITARIO DE PERSONAS SOLAS: DETECCIÓN, PERFIL Y MAPA

```
DURACIÓN
- Diseño de base registral: abril-mayo 2019.

- Captación de personas solas: junio-noviembre 2019.

OBSERVACIONES
Es una primera fase de detcción para posteriormente elaborar un proyecto de intervención comunitaria

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

*** ========================================================================================== ***
```

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

## 1. TÍTULO

### CHIPANDO A LA VIDA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ZULEMA PINILLOS HERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDAS LAFARGA OLGA
USIETO GRACIA TERESA
DOSTE LARRULL DIVINA
ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE
MATEO FERRANDO ANA MARIA
GRACIA ASCASO IRENE
LATRE OTAL VANESSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CRONOGRAMA DE IMPLANTACION

-Análisis de la situación:
Desde el colegio Pedro J. Rubio nos han trasladado una demanda específica de formación sobre temas de RCP para niños y profesores por lo que se pone en marcha este proyecto de enseñanza de RCP con los alumnos de 6º curso y con el profesorado de este colegio.
Tras la realización del proyecto acercándonos a la escuela que se ha realizado durante los últimos años se ve la importancia de implicar a los colegios en la educación sanitaria.
-Designación del equipo de trabajo multidisciplinar formado por pediatras, enfermera de pediatría, médico de familia, enfermera, MIR de familia en Febrero de 2019
-Coordinación con la dirección del centro escolar en Febrero de 2019
-Preparación del contenido de la formación y reparto de tareas de Marzo a Mayo 2019 con reuniones de los integrantes del equipo del proyecto.
-Obtención de los materiales necesarios para la parte práctica en mayo 2019
-Realización de talleres con profesorado y alumnos: 22 y 23 de mayo de Mayo 2019 respectivamente
-Evaluación y análisis de los resultados conseguidos en Junio-Octubre de 2019

PLAN DE COMUNICACION

-Se comunica la puesta en marcha proyecto a todo el equipo de Atención Primaria en reunión de equipo.
-Se informa del proyecto a componentes del grupo de salud comunitaria de Aragón.
-La dirección del centro escolar informa y convoca a todos docentes del taller de RCP.

SESIONES

Se realiza la sesión con los profesores, primero hay parte teórica en la que se explica la RCP básica y el uso del desfibrilador mediante sesión de power point y después una parte práctica en la que se trabaja con los muñecos de RCP.

Con los alumnos se realiza un test sobre RCP antes del taller y el mismo posteriormente al taller. El taller consiste en parte teórica en la que explica la secuencia de RCP básica, la posición lateral de seguridad y las maniobras de Heimlich. Estos aspectos son trabajados después en la práctica con los muñecos y en parejas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EVALUACION DE LOS RESULTADOS

La evaluación se ha realizado en base a :
-Test previos y posteriores al taller con alumnos
-Encuestas de satisfacción a los docentes
-Observador externo: durante la parte teórica impresiones de actitud de los participantes y en la parte práctica como evaluador además de la realización de la práctica.

Indicadores:
-Nº preguntas acertadas en test posterior al taller : 80%
-Aumento de acierto de preguntas test posterior a taller en relación a test anterior al taller: 25%
-Valoración como atención adecuada/Total atenciones: 80%
-Nº asistentes del alumnado 6º curso/Total alumnos 6º curso: 99%
-Nº asistentes profesorado/Total profesorado: 22/30: 73,5%

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

## 1. TÍTULO

### CHIPANDO A LA VIDA

-Valoración encuestas de satisfacción: puntuación 8,5/10

IMPACTO

Cumplimiento de los objetivos :
-Implicación de la población en los procesos asistenciales desde edades tempranas: gran parte de la población diana ha sido adolescentes de 11-12 años, participando un total de 74 alumnos.
-Mejorar la calidad asistencial en RCP: la evaluación de la práctica y el resultado de los conocimientos aprendidos en base a los test han sido muy buena, evidenciando una mejoría significativa.
-Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios: tanto docentes como alumnos han quedado muy satisfechos con la actividad como muestran las encuestas de satisfacción tanto en las preguntas cerradas como en las observaciones, en las que consideran necesaria este tipo de formación de manera frecuente.

Orientación a población.
La población a la que se ha dirigido ha sido tanto a docentes como en proyectos anteriores como a niños de 6º de primaria. Consideramos muy positiva la actividad con los niños, ya que se han mostrado muy receptivos y con muchas ganas de aprender. Además se ha podido comprobar que los conocimientos que tienen de RCP son insuficientes, y que han mejorado tras la actividad. Por lo que creemos que hacer mas extensivas este tipo de actividades en el colegio incluyendo a los alumnos es importante.

Valoración del equipo de mejora
La valoración de los profesionales sanitarios es positiva sobre todo en lo referente al interés mostrado tanto por el profesorado como por los alumnos por la información, recursos y materiales utilizados; así como en la cumplimentación de las encuestas de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La parada cardiorespiratoria es un problema de salud pública que implica a todos los colectivos. El reconocimiento de la misma y saber actuar es fundamental para la supervivencia. Por lo que se hace imprescindible la educación sanitaria.
La enseñanza en edades tempranas es fundamental para la absorción de conocimientos, ya que es la etapa con mayor capacidad de motivación y aprendizaje, permitiendo modificar los hábitos de conducta y permite un acceso fácil a la población.
Así mismo la enseñanza a profesores sirve para asentar las bases del aprendizaje de la RCP básica en los colegios, la cual no es está regulada.
Según la normativa actual los colegios deberán contar con un desfibrilador semiautomático, por lo que el aprendizaje en RCP y manejo de DESA es necesario.

El proyecto es sostenible, ya que se puede realizar con pocos recursos y la población a la que va dirigido es accesible.

Como lecciones aprendidas hemos visto que los niños pueden ser una población diana en la que también se puede trabajar, consiguiendo aprendizajes y cambio de conocimientos en ellos y haciéndoles participes de la estrategia de salud comunitaria.

El proyecto también ha servido para mantener el canal de comunicación con el profesorado del colegio con el que se ha trabajado los años anteriores y cuyos alumnos pertenecen de forma casi total a nuestra zona de salud, siendo nuestros pacientes, por lo que también se estrecha la relación medico-paciente en la etapa de la adolescencia, al tener contacto fuera del centro de salud.

Es un proyecto que puede ser replicado dada su buena acogida, su escaso requerimiento de recursos pero la gran importancia del tema tratado.

7. OBSERVACIONES.
Además de las personas integrantes en el proyecto, el MIR de Familia Pedro J.Presa Rodrigo ha participado en el proyecto de forma activa tanto en los talleres como en la evaluacion.Tras hablarlo con la persona responsable del Sector Huesca se hace constar por si se puede tener en consideracion de cara a la certificación de la memoria.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/627 ========== ***

Nº de registro: 0627

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

## 1. TÍTULO

### CHIPANDO A LA VIDA

Título
CHISPANDO A LA VIDA

Autores:
PINILLOS HERNANDEZ ZULEMA, ORDAS LAFARGA OLGA, USIETO GRACIA TERESA, DOSTE LARRULL DIVINA, ORDOÑEZ GARCIA GUADALUPE, MATEO FERRANDO ANA MARIA, GRACIA ASCASO IRENE, LATRE OTAL VANESSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Actuacion en situaciones urgentes: RCP
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la realización del proyecto acercándonos a la escuela que se ha realizado estos últimos años se ha visto la importancia de implicar a los colegios en educación sanitaria.
La parada cardiorespiratoria es un problema de salud pública que implica a todos los colectivos. El reconocimiento de la misma y saber actuar es fundamental para la supervivencia. Por lo que se hace imprescindible la educación sanitaria.
La enseñanza en edades tempranas es fundamental para la absorción de conocimientos, ya que es la etapa con mayor capacidad de motivación y aprendizaje, permitiendo modificar los hábitos de conducta y permite un acceso fácil a la población.
Así mismo la enseñanza a profesores sirve para asentar las bases del aprendizaje de la RCP básica en los colegios, la cual no es está regulada.
Según la normativa actual los colegios deberán contar con un desfibrilador semiautomático, por lo que el aprendizaje en RCP y manejo de DESA es necesario.
Desde el colegio Pedro J. Rubio nos han trasladado una demanda específica de formación sobre temas de RCP para niños y profesores por lo que se va a comenzar este proyecto de enseñanza de RCP con los alumnos de 6º curso y con el profesorado de este colegio.

RESULTADOS ESPERADOS
Implicar a la población en los procesos asistenciales desde edades tempranas.
Mejorar la calidad asistencial en RCP, consiguiendo actuaciones correctas desde el principio.
Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.
Si el resultado es satisfactorio, ampliar la actividad a otros centros educativos de la zona de salud.

MÉTODO
Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores.
Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar y al profesorado
Coordinación con la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.
Realización de un taller con alumnos y otro con profesores
Realizar un test de valoración de conocimientos previos y otro posterior a la formación, para valorar objetivamente la utilidad del taller.
Pasar encuestas de satisfacción tras los talleres.

INDICADORES
Nº preguntas acertadas en test posterior al taller >60%
Aumento de acierto de preguntas test posterior a taller en relación a test anterior al taller >20%
Valoración como atención adecuada/Total atenciones: 70%
Nº asistentes del alumnado 6º curso/Total alumnos 6º curso>80%
Nº asistentes profesorado/Total profesorado >50%
Valoración encuestas de satisfacción: puntuación >7/10

DURACIÓN
Designación equipo de trabajo Febrero 2019
Coordinación con dirección del centro Febrero 2018
Preparación del temario: Marzo a Mayo 2019
Realización de talleres con alumnos y profesorado: Mayo 2019
Evaluación y análisis de los resultados: Junio 2019

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0627

## 1. TÍTULO

CHIPANDO A LA VIDA

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 - 2019/1272

## 1. TÍTULO

## JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Fecha de entrada: 04/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ADOLFO LANAO MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SANTO GRIAL
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEBOLLERO BUISAN LARA
ESCARIO PEREZ JUDITH
HEREDIA OLMOS MARIA JESUS
IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES
CAÑUDO AZOR MARIA DOLORES
ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA
ROMAN ESCARTIN MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En cuanto a las actividades:
Reuniones entre profesionales sanitarios y docentes:
Se hizo una reunión inicial de puesta en común entre el personal docente del Instituto Educación Secundaria (IES) Ramón y Cajal y los profesionales sanitarios. De esta reunión se hizo un primer esbozo de lo que podría ser el proyecto.
Pasados unos días y ya habiendo reflexionado sobre el diseño se hizo una nueva reunión entre docentes y sanitarios, y allí, se decidió que en el diseño del proyecto debían participar con especial protagonismo los propios alumnos (población diana). La participación del alumnado se hizo efectiva mediante varias horas de tutoría donde cada tutor con su grupo trabaja los contenidos que eran de especial interés para el alumnado, es decir, el propio grupo mediante distintas dinámicas decidía cuales eran sus necesidades sentidas en materia de educación para la salud.
Poco a poco, cada vía educativa de segundo de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) fue perfilando cuales eran los temas que más le interesaba que los profesionales sanitarios trabajasen con ellos.
Reuniones de profesionales sanitarios con alumnos:
Es destacable la reunión con los delegados de alumnos y principales representantes de cada vía para detectar necesidades de salud sentidas. Esta reunión tuvo lugar en la sala de juntas del Centro de Salud, se podría haber hecho en el centro educativo pero se pensó que convocarles a una reunión en el centro de salud iba a darle el cuerpo y la seriedad que merecía. Como la población diana son adolescentes de 14 años (año en el que abandonan la consulta de pediatría para pasar a la de adulto) el invitarles a salir del centro porque nos interesa reunirnos con ellos les dota de importancia y de responsabilidad, deben traer la reunión preparada, deben llegar a tiempo, deben participar…, no se debe olvidar que uno de las principales estrategias que se busca es que el alumnado se empodere en la toma de decisiones.
La preparación de la reunión con el alumnado implicó muchas reuniones de equipo de profesionales sanitarios. Esta reunión fue un éxito y muy productiva, se hizo un grupo focal con alumnos y profesionales sanitarios, se hicieron atractivas dinámicas que crearon un clima colaborativo y muy enriquecedor. De esta reunión sacamos los temas en materia de educación para la salud que eran de interés para el alumnado.
En el diseño se pensó en que los profesionales sanitarios se sentasen de forma que dejasen huecos para que los alumnos quedasen mezclados con ellos. Todos estaban sentados en torno a una mesa ovalada de reuniones (nadie estaba de espaldas a nadie). Es destacable decir que los profesionales sanitarios llevaban una serie de temas preparados por si los alumnos no los sacaban por vergüenza o por tabú, al final el alumnado demostró madurez y ellos mismo sacaron todos los temas esperables a la luz y otros muchos más.
La colaboración de los alumnos fue muy participativa y eso fue gracias al trabajo previo realizado por los tutores en el instituto.
Entre las dinámicas que se hicieron, podemos desglosar: inicialmente nos presentamos al grupo, para romper el hielo se hizo una dinámica en la que se lanzaba un ovillo y cada persona que lo recibía decía una necesidad sentida en educación para la salud, a la vez a modo de lluvia de ideas se apuntaba en un rotafolio lo dicho. Otra dinámica fue poner en sobres cerrados, de forma anónima los intereses de cada vía escolar. Entre medio hubo grandes debates, el alumnado sorprendió por su preparación para la sesión, por su naturalidad y por su colaboración.
Los temas que resultaron de interés para el alumnado fueron: consumo de tóxicos y la ansiedad ante los estudios.
Recordar que esta dinámica se pudo llevar a cabo por la colaboración previa de los profesores del instituto había orientado a los alumnos para que pensasen que temas en materia de educación para la salud les interesaba reforzar.
Cada clase eligió unos representantes que viniesen al CS a contarnos lo que su grupo de iguales había considerado más importante.
Una vez conocidos los temas que más interesaban a los jóvenes diseñamos las intervenciones y las llevamos a cabo.
Para el diseño de las actividades tuvimos que asesorarnos con otros profesionales. Nos reunimos con la unidad de salud mental infanto-juvenil del Centro de Salud Pirineos de Huesca. También participó un miembro en el Taller Estrategia educativa para prevenir el abuso adolescente de alcohol que organizó la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón y que dinamizó Hilario Garrudo (EDEX).
Una vez diseñada la dinámica a llevar a cabo en el instituto se puso en práctica con cada vía escolar, en ningún momento se dieron charlas, todas las dinámicas buscaban activar conocimientos previos del alumnado para mediante el aprendizaje guiado y partiendo de la zona de desarrollo próxima del individuo fuesen ellos los que generasen un debate grupal en el que ellos con la guía del moderador consiguiesen ir confrontando creencias y

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

## 1. TÍTULO

## JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

construyendo su propio aprendizaje. Entre las herramientas que se utilizaron, se hizo un video fórum y también se proyectaron imágenes que despertaban interés para debatir. El éxito de estas dinámicas radicó en que la metodología era activa y participativa y así el alumnado se posicionó como los protagonistas de la sesión.
Dejamos un enlace del vídeo que se proyecto: https://www.youtube.com/watch?v=a9mvJaB7jWI&t=32s
En cuanto a la organización y comunicación entre profesionales destacar la buena disposición de los profesionales por salvar las dificultades para reunirse y coordinarse como son los claustros, épocas de evaluación, agendas de sanitarios, campañas… realmente hubo una colaboración muy estrecha y coordinada. Todos los profesionales creyeron en el proyecto como elemento importante para el empoderamiento del alumnado en promoción de la salud.
Por último, destacar en relación a la temporalización, se cumplieron los plazos tal cual se programaron.
Entre las acciones realizadas de cara a comunicar a profesionales y pacientes el proyecto y sus resultados:
Es interesante destacar la reunión llevada a cabo con el alumnado en el centro de salud, de ahí descubrimos que los alumnos tenían una necesidad sentida que ni docentes ni sanitarios estábamos percibiendo: su preocupación por la ansiedad ante los estudios.
Haberles preguntado y haberles hecho partícipes en el diseño del proyecto creemos que han sido las claves del éxito en cuanto a la buena acogida del proyecto y de sus dinámicas. Los alumnos lo han valorado positivamente y hemos percibido cómo han valorado el trabajo que hemos llevado a cabo entendiendo lo importante que es para su salud.
Por otro lado, destacar que facilitar distintos canales de comunicación y permitir amplios horarios para hacerlo ha facilitado que el proyecto haya ido desarrollándose en los plazos marcados. Esto refleja un compromiso por parte de todos los profesionales implicados en el proyecto.
En cuanto a material para desarrollar el proyecto:
Destacar la técnica del ovillo que supuso un éxito a la hora de romper el hielo, además al no soltar el cabo del ovillo se teje una red que conecta a todos los asistentes sirviendo para crear un primer vínculo y confianza y dónde se manifiesta que adultos y adolescentes están en el mismo nivel en la reunión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos planteados:
Detectar las dos principales necesidades sentidas en salud del alumnado de 2º de ESO del IES Ramón y Cajal.
Realizar al menos una reunión entre sanitarios y los delegados o representantes de los alumnos para conocer sus necesidades de salud.
Se establecen al menos dos canales de comunicación entre profesionales sanitarios y docentes para favorecer la coordinación y colaboración.
Al menos el 60% de los profesionales sanitarios participarán en el diseño y preparación de la sesión de Educación Para la Salud que se impartirá con el alumnado de 2º de ESO.
Se imparte la sesión o sesiones requeridas según la organización del IES para llegar al menos al 80% del alumnado.
Existe un formulario de evaluación inicial para alumnos.
Existe un formulario de evaluación final para alumnos.
Existe un formulario de evaluación para los profesionales sanitarios implicados y para el equipo docente.

Siguiendo los objetivos destacan los siguientes resultados:
Las principales necesidades sentidas en salud del alumnado fueron: consumo de tóxicos y ansiedad ante los estudios.
Se realiza una reunión con los representantes del alumnado
Se consiguió una implicación y participación activa del profesorado y del alumnado, estableciendo distintos canales de comunicación (presencial, email, teléfono)..
El 75% de los profesionales mantiene un compromiso estable con el proyecto participando en el diseño e implantación de la sesión.
Se diseña e imparte una sesión de educación para la salud atendiendo a las necesidades sentidas del alumnado y dónde éste participó activamente.
Se supera el 80% de la participación del alumnado, ya que la buena colaboración entre profesionales hizo que no se retrasaran los plazos y antes de finalizar el curso se pudo hacer la dinámica con todas las vías educativas.
Se aplican los tres formularios de evaluación (incial,final para el resultado) y también evaluación de proceso.
Destacar que en cuanto a la evaluación de resultado, se pasaron unas encuestas previas y posteriores a la sesión didáctica con los alumnos en el instituto. El resultado fue sorprendente porque se aprecia una mejora, especialmente en el caso de la ansiedad ante los estudios.
Las encuestas se diseñaron en reuniones entre los profesionales incluían mayoritariamente preguntas cerradas a elegir entre múltiples opciones o medir en un rango de escala tipo Likert. También había alguna pregunta abierta.
También se hizo evaluación del proceso, se hacía una reunión mensual entre profesionales, en ellas el objetivo era ver si se cumplía la temporalización programada y ver qué cambios eran necesarios sobre la programación inicial para adaptarse a las características de cada grupo…
En cuanto al impacto, el proyecto lo disfrutaron todas las vías escolares de 2º de ESO, superando el objetivo inicial.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Lección aprendida: al escuchar a la comunidad descubres necesidades sentidas que como profesional puedes no percibir.
Ni los profesores ni los sanitarios se planteaban el tema de la ansiedad ante los estudios como un tema de interés a tratar con el alumnado. A su vez, los profesionales tenían muchos temas en el punto de mira, y como

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

## 1. TÍTULO

## JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

no sabían cual priorizar se decidió que participase en el diseño el alumnado, esta situación fue clave para descubrir que los alumnos tenían una prioridad que se estaba escapando a los profesionales.
El proyecto es replicable, creemos que las actividades y dinámicas se pueden extrapolara a cualquier instituto del territorio independientemente del tipo de alumnado, de que esté en el rural o urbano, además la clave del éxito está en conocer la identidad de cada grupo (necesidades sentidas) y partir de ahí.
Por otro lado, creemos que es sostenible puesto que ya se han abierto vínculos y formas de colaboración con el profesorado del centro, ya se ha creado una metodología de trabajo que funciona.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1272 ========== ***

Nº de registro: 1272

Título
JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

Autores:
LANAO MARTIN ADOLFO, CEBOLLERO BUISAN LARA, ESCARIO PEREZ JUDITH, HEREDIA OLMOS MARIA JESUS, IZQUIERDO CUARTERO MARIA ANGELES, CANUDO AZOR MARIA DOLORES, ASENSIO GRACIA MARIA AVELINA, ROMAN ESCARTIN MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTO GRIAL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación Para la Salud. Actividades preventivas.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Siguiendo los principios de una Escuela Promotora de Salud el centro asume en su proyecto educativo los siguientes criterios:
Promover de manera activa la autoestima de todo el alumnado, potenciar su desarrollo psicosocial y capacitar al alumnado para que puedan tomar sus propias decisiones.
Fomentar lazos sólidos entre el centro y la comunidad.
Establecer relaciones de colaboración entre los centros de educación secundaria para desarrollar programas coherentes en educación para la salud.
Aprovechar el potencial educativo de los diferentes servicios de salud como apoyo al programa de educación para la salud, fomentando la responsabilidad compartida y la estrecha colaboración entre los servicios educativos y sanitarios.
Las necesidades han surgido sincrónicamente desde el IES Ramón y Cajal de Huesca, adscrito a la Red de Escuelas Promotoras de Salud y desde los centros de salud Santo Grial y Pirineos de Huesca.
La pertinencia de este proyecto radica en que todos los agentes (el IES y los dos Centros de Salud) creemos necesario capacitar a los adolescentes de nuestra zona de salud para que tengan habilidades, estrategias y recursos para la promoción de su salud y consigan un modo de vida sano teniendo la consciencia de construir un entorno saludable en el presente y en el futuro.
Siguiendo con la pertinencia, creemos que la primera acción es conocer cuáles son las necesidades que el propio alumnado detecta y demanda de nosotros para mejorar sus estrategias de afrontamiento en la promoción de su salud.
Por ello pensamos, que si queremos que sean proactivos en el cuidado y mejora de su salud la mejor forma de ayudarles es partiendo de sus demandas.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo general: Empoderar al alumnado del IES Ramón y Cajal de Huesca en materia de promoción de la salud, teniendo en cuenta sus demandas a nivel grupal.
Objetivo específico:
Detectar las principales necesidades sentidas en salud por parte del alumnado mediante una reunión con los delegados o principales representantes de cada vía escolar.
Facilitar la colaboración y coordinación de los profesionales de educación con los profesionales sanitarios en materia de promoción de la salud mediante distintos canales de comunicación.
Preparar una sesión de educación para la salud de forma coordinada entre los profesionales sanitarios del proyecto, respondiendo a las necesidades detectadas en el alumnado.
Impartir una sesión de educación para la salud según la organización propuesta por el IES dónde se trabajen

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1272

## 1. TÍTULO

### JOVENES AUNQUE SOBRADAMENTE SALUDABLES

las necesidades de salud sentidas por el alumnado.

MÉTODO
Se propone una reunión para puesta en común entre profesionales sanitarios y profesionales del centro docente, donde se exponen las diferentes visiones y se elabora una línea de acción común.
Reunión con los delegados de alumnos y principales representantes de cada vía para detectar necesidades de salud sentidas, a realizar en el Centro de Salud Pirineos.
Reuniones entre profesionales de ambos Centros de Salud para coordinar y organizar la elaboración y exposición de la sesión de educación para la salud que se impartirá en el centro educativo.
Impartir la sesión de educación para la salud elaborada para dar respuesta a las necesidades percibidas por el alumnado diana.

INDICADORES
Detectar las dos principales necesidades sentidas en salud del alumnado de 2º de ESO del IES Ramón y Cajal.
Realizar al menos una reunión entre sanitarios y los delegados o representantes de los alumnos para conocer sus necesidades de salud.
Se establecen al menos dos canales de comunicación entre profesionales sanitarios y docentes para favorecer la coordinación y colaboración.
Al menos el 60% de los profesionales sanitarios participarán en el diseño y preparación de la sesión de Educación Para la Salud que se impartirá con el alumnado de 2º de ESO.
Se imparte la sesión o sesiones requeridas según la organización del IES para llegar al menos al 80% del alumnado.
Existe un formulario de evaluación inicial para alumnos.
Existe un formulario de evaluación final para alumnos.
Existe un formulario de evaluación para los profesionales sanitarios implicados y para el equipo docente.

DURACIÓN
La temporalización será desde febrero hasta junio de 2019.
Reunión de toma de contacto entre profesionales sanitarios y docentes mes de febrero.
Reunión de profesionales sanitarios y de educación con el alumnado mes de abril.
Preparación de sesión de EPS por parte de los profesionales sanitarios durante abril y mayo.
Presentación de sesión de educación para la salud mes de mayo-junio.
Análisis de la evaluación de resultados y proceso una vez finalizado.

OBSERVACIONES
Les envío nuevamente el formulario puesto que la vez anterior sobrepasé los 5000 caracteres, ahora ya he subsanado ese problema, muchas gracias.

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

## 1. TÍTULO

## MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA GAZOL PERIZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PRIETO BONSON ROSA
ULLOD BORRUEL MARIA JESUS
LOPEZ TORRES ANA
BORNAO CASAS SARA
FELIPE VILLA BEATRIZ
ALCUBIERRE OTO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Mantener el grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto
Responsable: Yolanda Gazol Périz (DUE )
2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:
27/02/19 Organización de las actividades de Enfermería.
29/05/19 Resultados de ACG 2018 y presentación de ACG 2019.
26/06/19 Indiciadores de EPOC y polimedicado.
20/11/19 Uso de inhaladores en AP.
Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)
3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos
Responsable: Mª Jesús Ullod Borruel (DUE).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Porcentaje de pacientes ancianos polimedicados (>75 años) a los que se ha efectuado revisión de adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería.- 38%.
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.- 43.10%.
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.- 40.52%.
Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo.- 30.61%.
Personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco.- 50.01%.
Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo.- 72.63%.
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit.- 54.17%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es preciso la instauración de un plan de formación coherente para el equipo de AP que permita hacer un seguimiento del trabajo a desarrollar diariamente y aumente el compromiso profesional para el establecimiento del registro de los programas de salud.
En ocasiones la falta de tiempo provocada por la presión asistencial y la dispersión geográfica, impide el registro correcto.
La itinerancia de los profesionales y el no mantener plantillas estables impide que el proyecto de calidad tenga un seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/817 ========== ***

Nº de registro: 0817

Título
MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Autores:
GAZOL PERIZ YOLANDA, BORNAO CASAS SARA, LOPEZ TORRES ANA, ULLOD BORRUEL MARIA JESUS, FELIPE VILLA BEATRIZ, GABAS LARRUY MARIA ISABEL, ALCUBIERRE OTO ANA, LAFONTANA GRACIA VANESSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

## 1. TÍTULO

## MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

Otro Tipo Patología: PACIENTE CRÓNICO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El pasado 11 de Abril del presente año 2018, se presenta el Acuerdo de Gestión Clínica al EAP haciendo una valoración de los resultados conseguidos hasta el momento. En esta valoración, entre otras conclusiones, se objetiva una baja prevalencia de EPOC, baja detección e intervención en tabaquismo, un mal registro en cuadro de mandos de DM con una mala valoración del pie diabético. Puesto esto en común, y después de un intercambio de impresiones, se analiza la situación, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la ZBS y se buscan causas que llevan a estos resultados. Una de ellas es el mal registro por lo que se decide su abordaje.
En la revisión hecha por la dirección el 5 de mayo, se objetiva que: “Los resultados reflejados en el cuadro de mandos de diabetes no concuerdan con la atención que los profesionales prestan a sus pacientes. Todos estamos de acuerdo en que es un problema en el registro, no en el cuidado y la asistencia dada. Se intentará mejorar el mismo”
El 2 de Mayo, en reunión de la dirección de enfermería de AP con el equipo de DUEs del Centro de Salud, se propone reforzar la plantilla con una EAC, actualmente hay dos EACs, y tratar de apoyar los proyectos de calidad dirigidos a la mejora de los resultados del AGC.
El 4 de mayo, reunido el equipo de enfermería, acepta la propuesta de dirección y se proponen los siguientes puntos de mejora:
Mejorar los registros de:
Zarit
Pie diabético
Detección de tabaco
Mejora del circuito de derivación a fisioterapia y protocolo de gestión de la consulta
Conseguir que exista un núcleo promotor de actividades comunitarias en el equipo.
El 9 de Mayo se presenta la propuesta al resto del EAP y se decide hacer un grupo de trabajo para el desarrollo de este proyecto de calidad con objetivos concretos pero acciones abiertas y amplias.

RESULTADOS ESPERADOS
Alcanzar una tasa de registro de Zarit de: 70%
Alcanzar una tasa de resgistro de Pie diabético de: 60%
Alcanzar una tasa de intervención del tabaco de: 60%
Cumplir con los objetivos propuestos en el Proyecto de calidad: Gestión de la consulta de fisioterapia del centro de salud de Sariñena”
Cumplir con los objetivos de los proyectos de salud comunitaria: “Talleres de educación comunitaria” y “Quedas por tu salud”

MÉTODO
1. Crear un grupo de trabajo para el seguimiento de este proyecto

Responsable: Yolanda Gazol Périz (DUE )

2. Realizar sesiones clínicas cuyo objetivo serán el buen registro de los parámetros en OMI de:
Realización del Zarit
Buen registro de la revisión y riesgo del pie diabético
Detección e intervención sobre el tabaquismo

Responsable: Sara Bornao Casas (DUE)

3. Ejecutar la revisión de los registros actuales de los indicadores clínicos

Responsable: M. Jesús Ullod Borruel (DUE)

4. Organizar el trabajo y distribuir tareas, contando con el apoyo de una EAC, con la actualización del RIF y agendas de OMI

Responsable: Yolanda Gazol Périz

INDICADORES
Pacientes diabéticos en los que figura valoración del pie diabético de riesgo (%).
Personas = 15 anos a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (%)
Pacientes fumadores a quienes se ha realizado intervención sobre tabaquismo (%)
Usuarios a quienes se les ha realizado el test de Zarit (%)

Lista de espera en consulta de FST

Creación de un núcleo promotor de actividades comunitarias

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0817

## 1. TÍTULO

## MEJORA DEL REGISTRO DE INDICADORES CLINICOS Y APOYO A LOS PROYECTOS DE CALIDAD DEL AGC

DURACIÓN
Mayo 18:
Crear el grupo de trabajo y programar reuniones semanales o quincenales con una línea de trabajo concreta
23 de mayo: Sesión clínica "Registro y realización del Zarit en OMI"
30 de mayo: Sesión clínica: "Registro de la revisión y valoración de riesgo del pie diabético en OMI"
31 de mayo: Revisión de las plantillas del RIF

Junio 18:
6 de junio: Sesión clínica: "Detección e intervención tabáquica y su registro en OMI"
Enviar a dirección el RIF.

Julio 18:
En dos reuniones del equipo de DUEs (11 y 18 de julio): Puesta en común de la programación y gestión de las consultas de cada uno de los profesionales y organización de las horas de EAC.

Septiembre 18:
Hacer seguimiento del proyecto de la gestión de la consulta de FST
Hacer seguimiento de los proyectos comunitarios

Octubre 18:
Puesta en marcha de las horas de apoyo de EAC

Diciembre 18:
Evaluación de los indicadores

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0927

## 1. TÍTULO

## AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JAVIER LOPEZ COSCOJUELA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ FERRERUELA LAURA
TORRES REMIREZ MARTIN
RODRIGUEZ MARCO ELENA
ALLUE DIESTE EVA
ALCOBER PEREZ CARLOS
GONZALEZ ARA ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han publicado en el Blog actividades docentes dentro de la Zona Básica de Salud y emitido documentos informativos sobre determinados temas de salud dirigidas a pacientes y vecinos del barrio de San José.
Oferta de servicios: cada mes se cuelga un documento divulgativo sobre temas socio-sanitarios de interés en nuestra población con lenguaje llano y accesible, habiendo acortado además la extensión de los mismos para su mejor comprensión. También se han informado sobre días mundiales de temas relacionados con la salud y otras noticias relevantes.
Para cada una de los documentos publicados se hacía promoción a través de redes sociales, pudiendo acceder dentro del mismo blog a sus estadísticas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el momento de cumplimentar este formulario, las estadísticas del Blog indican que se han producido 74200 visitas desde su creación. Comparando las visitas obtenidas en 2018 (16310) con respecto al 2019 (11051) se puede afirmar la menor difusión a pesar de haber intensificado la publicidad de este medio.
Se han publicado múltiples temas nuevos de interés sociosanitario según corresponde en el Blog y se han anunciado a través de Facebook. En los últimos meses, el post más visualizado ha estado relacionado con el tema de pediatría "Síndrome febril", siendo el post más visto desde la creación del Blog el siguiente: "¿Qué es la EPOC?" con 2899 visitas.
Analizando el contraje de visitas visitas, se ha observado que la mayoría de las visitas proceden de España, seguida de Rusia y de Estados Unidos. Chrome es el navegador más empleado (51% de las visitas) seguido de Internet Explorer (18%).
Se han utilizado carteles localizados en múltiples puntos estratégicos del centro de salud para dar a conocer los post publicados en el blog, además del uso de redes sociales como Facebook y Twitter.
Debido a los resultados arriba objetivados de la disminución de visitas con respecto años anteriores no se ha podido realizar la encuesta planteada para enero 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A pesar de haber modificado la difusión del blog con respecto a años anteriores, los resultados obtenidos hasta la fecha implican que no está siendo efectiva la manera en la que nos anunciamos ni el interés del vecindario por éste.
Teniendo en cuenta la edad envejecida del barrio y el acceso limitado a los medios digitales de anuncio por reducido uso de los mismos, se propone:
-Mejorar el diseño de los carteles empleados hasta la fecha, creando avisos visuales más llamativos y memorables para que la población los perciba y siga la recomendación de acceder al Blog.
-Aportar octavillas informativas u hojas impresas con el enlace a la dirección del Blog a los profesionales de todas las consultas del Centro para ofrecerlas a los pacientes que deseen informarse sobre problemas de salud.
-Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a incrementar el número de pacientes a los que se les informa de la existencia del Blog.
-Animar a todos los profesionales del Centro de Salud a informarse sobre los temas existentes en el Blog para dirigir a los pacientes a temas concretos según los requieran.
-Incentivar a todos los profesionales del Centro de Salud a aportar material divulgativo para el Blog.
-Asimismo, el personal del Centro y su Equipo Docente seguirá manteniendo la calidad y la frecuencia de los documentos incluidos en el Blog.

7. OBSERVACIONES.
Con los resultados obtenidos podemos decir que el blog es un método poco utilizado por el vecindario del barrio de San José para consultar temas relacionados con la salud, a pesar de la difusión que se le ha intentado dar por parte de los integrantes del centro y de los temas de aparente interés tratados. Podemos achacarlo a la elevada media de edad de nuestra población y a la falta de uso de internet y de las redes sociales por parte de la misma. Hubiera sido interesante haber alcanzado el objetivo planteado de este proyecto pero lo ha impedido Las características poblacionales de nuestro barrio.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0927

## 1. TÍTULO

## AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE

*** ========== Resumen del proyecto 2019/927 ========== ***

Nº de registro: 0927

Título
AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA DE SAN JOSE CENTRO Y SAN JOSE NORTE

Autores:
LOPEZ COSCOJUELA JAVIER, GOMEZ FERRERUELA LAURA, TORRES REMIREZ MARTIN, RODRIGUEZ MARCO ELENA, ALLUE DIESTE EVA, ALCOBER PEREZ CARLOS, GONZALEZ ARA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAN JOSE CENTRO

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación sanitaria y autocuidados en múltiples temas. Atención Comunitaria.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Como parte del compromiso de las profesionales de atención primaria que desarrollan su labor asistencial en los Centros de Atención Primaria de San José Centro y Norte figura la divulgación biomédica de calidad y el fomento del autocuidado.

El Blog del Centro de Salud es una herramienta dirigida al conjunto de la población que integra sus dos Zonas de Salud. El personal sanitario de estos Centros lo ha mantenido durante años, tratando de ofrecer un medio de comunicación adicional de calidad a la consulta donde compartir
información de interés sanitario, comentar aspectos organizativos de las actividades sanitarias, e intercambiar conocimientos, reflexiones y propuestas.

Sin embargo, en una encuesta realizada en el período de enero y febrero de 2019, sólo un 17% de los pacientes entrevistadas conocía el Blog. Esta cifra se considera escasa; el presente proyecto se estima oportuno para no desaprovechar uno de los fenómenos de comunicación e información más utilizados en los últimos tiempos, aumentando su difusión y potenciando la interacción entre usuarias y profesionales del sistema público de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
- Dar a conocer a la población de la Zona de Salud la existencia del Blog.
- Incrementar el número de nuevas usuarias del Blog.
- Fomentar la visita habitual del Blog, fidelizando a los usuarios.
- Proporcionar una información de calidad, actualizada y veraz.

MÉTODO
- Es fundamental que todo el personal que trabaja en el Centro de Atención Primaria conozca su existencia y el contenido del mismo, para que se ofrezca como un recurso añadido en apoyo del autocuidado y la divulgación sanitaria. Por este motivo, se informará de su existencia en el plan de acogida a los nuevos trabajadores.
- Para dar a conocer entre los usuarios la existencia del Blog e incrementar el número de nuevos usuarios, se realizará la emisión de nuevos carteles y folletos informativos, así como la divulgación del mismo dentro de las consultas de Atención Primaria.
- Se presentará el Blog en el Consejo de Salud.
- Para conseguir la fidelización de los usuarios del Blog, nos proponemos el rediseño de la cabecera del Blog, la organización de la columna o artículo principal de portada y la barra lateral, preparando nuevos formatos de presentación y buscando un aspecto visual compacto, utilitario, moderno y atractivo.
- Para mantener actualizada la información y garantizar que sea veraz, se propone la creación de un grupo que administre los contenidos publicados en el Blog. Este grupo informará periódicamente al resto del equipo de las novedades o cambios en el Blog.

INDICADORES
- Número de visitantes totales según la herramienta de contaje de visitas del Blog.
- Encuesta durante el mes de enero de 2020 entre los usuarios de los Centros de Atención Primaria de San José Norte y Centro, valorando los siguientes puntos:
· Pacientes que conocen el Blog con respecto al total de encuestados, expresado en porcentaje y valorando su variación respecto a la encuesta del 2019.
· Medio por el que conocieron la existencia del Blog: carteles, folletos,
amigos, etc.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0927

## 1. TÍTULO

**AUGE Y DESARROLLO DEL "BLOG SANITARIO" DEL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SAN JOSÉ CENTRO Y SAN JOSÉ NORTE**

· Nivel de satisfacción con los contenidos del Blog.
· Grado de utilidad del Blog.

DURACIÓN
- 04/2019 - Creación o renovación del grupo administrador del Blog.

- 04/2019 – Rediseño del Blog. Se añadirán nuevas entradas de información divulgativa y anuncios del Centro de Salud.

- 05/2019 - Emisión de carteles y folletos informativos.

- 12/2019 - Se elaborará una nueva encuesta para la evaluación de los ítems oportunos.

- 01/2020 - Se llevará a cabo la encuesta, con la recogida y sistematización de datos, para extraer las conclusiones oportunas dentro de la evaluación del Proyecto de Mejora.

02/2020 – Realización de la memoria correspondiente y subida de la misma a la plataforma.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

## 1. TÍTULO

## GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA GIL GALAN
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... CS SARIÑENA
· Localidad ..... SARIÑENA
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARALED CAMPOS MARIA TERESA
ABADIAS PEÑA MARINA
SECORUN ENJUANES LUCIA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Realización de tratamientos individuales en patologías agudas.
-Realización de actividades de EpS en patologías crónicas
-Realización de talleres en patología crónica para garantizar la adhesión al tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº de pacientes tratados con patología aguda DURANTE EL AÑO 2019: 98
Nº de pacientes tratados con patología crónica DURANTE EL AÑO 2019: 204
Total de pacientes citados y no acuden: 51
Lista de espera A DICIEMBRE DE 2019: 1 mes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN ENERO DE 2019, LA PROFESIONAL TITULAR DEL ESTE PROYECTO, SILVIA GIL GALÁN, SE TRASLADA DE COMUNIDAD AUTÓNOMA DEJANDO EL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE FST DEL CENTRO DE SALUD IMPLANTADO POR LO QUE LO PONE EN PRÁCTICA LA NUEVA PROFESIONAL, LUCÍA ROSA SECORUN ENJUANES. DICHO PROYECTO REQUIERE UN BREVE CAMBIO DE INDICADORES AL NO PASAR LAS ENCUESTAS PLANTEADAS. POSITIVAMENTE, EL PROBLEMA INICIAL QUE FUE LA LARGA LISTA DE ESPERA, NO SÓLO SE CORRIGE SINO QUE TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN, DICHA LISTA DE ESPERA SIGUE SIN AUMENTAR CON UN BUEN ACCESO AL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD

7. OBSERVACIONES.
SOLICITO ACEPTEN LA REALIZACIÓN DE LA MEMORIA AÚN NO SIENDO TITULAR DEL PROYECTO DEBIDO A LAS DIFICULTADES DE LA TITULAR QUE SE ENCUENTRA EN OTRA CCAA

*** ========== Resumen del proyecto 2018/182 ========== ***

Nº de registro: 0182

Título
GESTION DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

Autores:
GIL GALAN SILVIA, CAMPO REVILLA ISABEL, PPARALED CAMPO MARIA TERESA, ABADIAS PEÑA MARINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARIÑENA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades osteomuscualr/ osteoarticular/ EPOC
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Incluir, al menos, importancia y utilidad del proyecto y métodos de detección y priorización empleados, la situación de partida, las posibles causas, las fuentes de información…

La ZBS de Sariñena está formada por 17 núcleos de población con un G4 de dispersión geográfica y atiende a una población de 7,093 habitantes (6368 adultos y 725 niños) con un 26,27% mayores de 65 años y 11,12% menores de 15 años. La rentabilidad es baja con un 13,1% de población extrajera.
El centro de salud consta de 7 médicos de familia, un pediatra, 8 enfermeras, 3 auxiliares administrativas, 1

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0182

## 1. TÍTULO

## GESTIÓN DE LA CONSULTA DE FISIOTERAPIA DEL CENTRO DE SALUD DE SARIÑENA

auxiliar de enfermería y como unidades de apoyo 1 psiquiatra, una matrona y una fisioteraputa de área

Considerando estas características, en diciembre de 2017, se presenta un estudio descriptivo de la consulta de fisioterapia de centro de salud desde septiembre a diciembre de 2017, en el que se constata:
Casi el 75% de patología tratada ha sid patología vertebral, en el siguiente orden: cervical, lumbar, escoliosis y dorsal.
Que la mayoría de las derivaciones son desde AP.
Que había generada una lista de espera en septiembre de 2017 de 9 meses la cual se trata de reducir aplicando las siguientes medidas: revisión de derivaciones por parte de los médicos de atención primaria y hacer sesiones en grupo para el tratamiento de patologías que así lo permitan
Que estas medidas adoptadas fueron efectivas.
La elaboración de un protololo para la gestión y derivación de pacientes al servicio de FTP del centro de salud puede ser una arma eficaz para el buen funcionamiento de la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar listas de espera mayores de dos meses para pacientes crónicos.
Conseguir que los pacientes crónicos aprendan una serie de ejercicios para su autogestión de los procesos afectos.
Poder tratar patologías agudas para reducir posibles cronificaciones y mejoría de la calidad de vida del paciente

MÉTODO
REUNIONES:
Mínimo 1 vez / mes.
En Abril 2018 redacsión del protocolo.
Mayo 2018: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo presentado.
Dic 2018: Evaluación de indicadores.
RECURSOS MATERIALES:
Ordenador.
Excell.
Power point.

INDICADORES
Nº de pacientes tratados con patología aguda.
Nº de pacientes tratados con patología crónica.
Lista de espera generada en un año

DURACIÓN
CALENDARIO PREVISTO:
Abril 18: Redacción del protocolo para la gestión de la consulta de CS Sariñena....Responsables: Silvia Gil e Isabel Campo

Mayo 18: Presentación y aprobación por parte del EAP del protocolo.....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

Dic 18 : Evaluación de indicadores....Responsables: Silvia Gil y Teresa Paraled

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA**

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA GUILLEN LORENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO GASCON ANA MARIA
ELDUQUE PALOMO AMADEO
ELFAU MAIRAL MARIA
ALLER BLANCO ANA
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Instalación de TAONET. Se retrasó el inicio de TAONET en el Sector de Huesca. Se comenzó a mitad de septiembre de 2018. Hubo detalles que no se habían integrado bien y hasta final de octubre no se pudieron corregir.
• Formación a los profesionales en TAONet. La formación inicial fue en julio 2018.
• Realización de protocolo de tratamiento y seguimiento de los pacientes anticoagulados en la modalidad de autocontrol en el Sector de Huesca. Abril-Mayo 2019. Protocolo PO-17_HU(P)E. Revisión A. “Circuito de captación, formación y seguimiento del paciente en autocontrol en Terapia Anticoagulante Oral en Atención Primaria” (colgado en la plataforma para la Calidad Asistencial).
• Formación a los profesionales en gestión de autocontrol. El retraso en el inicio de TAONET, la alarma por errores en las tiras en agosto y el cambio de medidores por nuevo concurso en noviembre, que son factores que pueden originar inseguridad en los profesionales, nos llevó a retrasar la implantación del seguimiento al paciente en autocontrol en AP. La formación se hizo el día 5 de abril de 2019.
• Inclusión del autocontrol. El día 23 de mayo se trasladó a los Centros toda la documentación necesaria para iniciar el autocontrol que incluía la cartilla-guía para facilitar el seguimiento de los autoanálisis y dosificación.
• En el mes de septiembre de 2019 se envió a los Centros de Salud sus resultados intermedios del primer semestre respecto a la correcta asociación del ACOD al episodio de OMI. También se envió un listado con los pacientes ACOD que disponían de un dato de Filtrado Glomerular en el primer semestre y los que no tenían la determinación realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador de Impacto en cobertura (%): (Población en tto ACO con anti-Vit K cuyo seguimiento se realiza a través de TAO Net )/(Población en tratamiento anticoagulanteoral con anti-Vit K ) x100
ESTÁNDAR 2019: 60-70%
Resultado: Numerador: 1086, denominador: 1709. Total: 63,55%
Fuente: TAOnet y Farmasalud.
Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV o ICTUS))/(Número total pacientes con ACOD) x100
ESTÁNDAR 2019: 75-85%
Resultado: Numerador: 1023, denominador: 1324. Total: 77,27%
Fuente: Receta electrónica

Indicador de Impacto en Seguridad Clínica: (Pacientes en tratamiento con ACOD con al menos una determinación de Filtrado Glomerular en el último año)/ (Número total pacientes con ACOD) x100
ESTÁNDAR 2019: 80-95%
Resultado: Numerador: 1227, denominador: 1324. Total: 92,67%
Fuente: Laboratorio Izasa y Receta electrónica
•
Porcentaje de EAP en los que se ha instaurado el seguimiento de los pacientes en Autocontrol
ESTÁNDAR: 40-60%
Resultado: Numerador: 4, denominador: 13. Total: 30,77%
Durante el 2019 se estableció el autocontrol en 4 Centros de salud, a saber: 1 paciente en CS Jaca, 1 en Santo Grial y 1 en Huesca Rural y 2 pac. en CS Ayerbe. No se encontraron pacientes en Berdún susceptibles de implantar el autocontrol.

Fuente: TAOnet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación de TAOnet ha mejorado el seguimiento y control de los pacientes que llevan tratamientos con ACO. Permite la dosificación de las personas en tratamiento con warfarina. Facilita la dosificación partida, la modificación de dosis y la inclusión de heparina en personas con tratamientos anti Vitamina K. Permite la visualización de los resultados en Historia Clínica Electrónica y la transferencia de datos al laboratorio del Hospital para aquellos pacientes cuya dosificación la realiza Atención Especializada. También permite el seguimiento de las personas tratadas con ACOD.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

## 1. TÍTULO

## REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

El retraso en la implantación del autocontrol de pacientes con ACO anti Vitamina K y la existencia de una consulta de autocontrol en Atención Especializada que ya ofrece este servicio ha propiciado un retraso en su desarrollo en AP. Entendemos no obstante que en zonas rurales que cuentan con una menor accesibilidad a esta consulta ubicada en el hospital San Jorge el autocontrol facilitará una mejor calidad de vida y autonomía para la vida activa o laboral de estas personas que viven en zonas alejadas de la capital. En Enero de 2020 se sumarán 4 nuevos pacientes en el CS de Biescas a los 5 ya iniciados

No nos ha sido factible extraer datos de forma fiable para conocer las complicaciones hemorrágicas o de ictus de los pacientes con ACOD. Los datos de aumento de esta terapia en el Sector nos obliga a una mejora en el seguimiento de la adherencia de estos fármacos así como a educar a los pacientes y sus familiares en signos de alarma de complicaciones derivadas de los mismos. Habría que investigar cuántos de los pacientes con ACOD en receta electrónica han sido incorporados en TAOnet ya que su alta en el sistema facilitaría la aparición del icono en OMI y por tanto le daría una mayor visibilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/24 ========== ***

Nº de registro: 0024

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, GUILLEN LORENTE SARA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El 30% de los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca a fecha de noviembre 2017, está en tratamiento con ACOD ( anticoagulantes directos). Este cifra era del 26% hace 1 año, coincidiendo con la media en nuestra CA; aun así siendo superior a la media nacional (24%). Aún habiendo aumentado también los pacientes en tratamiento con aVK.
El 7% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca han tenido al menos 1 episodio hemorrágico que precisó asistencia a urgencias en el último año (2017), el 17% de los pacientes que han sufrido una hemorragia han asistido en más de una ocasión a urgencias. Los pacientes en tto con ACOD tienen una media de edad de 80,19 años.
El 1,5% de los pacientes en tratamiento con ACOD en el Sector de Huesca ha sufrido un episodio de ICTUS en el último año pese a estar en tratamiento.
A pesar que 67% de los pacientes en tratamiento con aVK se controlan en AP,eL autocontrol de estos pacientes en estos momentos sólo se puede realizar a través de AE.
La dosificación y seguimiento de pacientes en tratamiento con aVK en AP se realiza a través de OMI
El 43% de los pacientes en tratamientos con ACOD en el Sector de Huesca no están bien asociados al episodio correcto de OMI.
No se dispone de información de seguimiento de los pacientes en tratamiento con ACOD (FG, Adherencia,…)
Mejorar la autonomía y la calidad de vida de pacientes en tratamiento con aVK ofertando el autocontrol, garantizando la equidad y los 3 modelos de control en el Sector de Huesca.
Garantizar la comunicación de los datos del paciente AP-AE a través de un sistema informático común, que mejore además el cálculo de dosificación farmacológico.
Garantizar la seguridad del paciente anticoagulado, en tres niveles: indicación, seguimiento y resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA**

Conocer el tipo de tratamiento que llevan los pacientes anticoagulados en el Sector de Huesca.

Conocer las complicaciones hemorrágicas asociadas al tratamiento con ACOD

Conocer los episodios de ICTUS o accidente cerebro vascular en los pacientes tratados con ACOD

Implantar el autocontrol del paciente anticoagulado con aVK en Atención Primaria.

Mejorar el registro de la indicación de tratamiento con ACOD en OMI

Disponer de información para el seguimiento de pacientes en tratamiento con ACOD ( FG)

MÉTODO
Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados

Inclusión del autocontrol

Formación a los profesionales en TAONet

Formación a los profesionales en gestión de autocontrol

Formación a los profesionales en ACOD
Instalación de TAONET

Evaluación de resultados

INDICADORES
Número de pacientes en tratamiento con antocoagulantes orales.
Nºde pacientes en tratamiento anticoagulante con ACOD/ Total de pacientes anticoagulados ( en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de hemorragia mayor o menor con asistencia a urgencias Hospitalarias/ Total pacientes con ACOD ( en %)
Nº pacientes en tratamiento con ACOD que han presentado al menos un episodio de ICTUS o accidente cerebrovascular con asistencia a urgencias Hospitalarias / Total pacientes con ACOD ( en %)
Nº de EAP del Sector de Huesca con consulta monografica de autocontrol del TAO
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD asociado a episodio correcto (ACnV o prevención ACV/ICTUS)/ Total pacientes con ACOD ( en %)
Nº de pacientes en tratamiento con ACOD con al menos un FG registrado en OMI en el último año/ Total de pacientes con ACOD ( en %)

DURACIÓN

Desarrollo del protocolo de actuación en pacientes anticoagulados
DAP PRIMER TRIMESTRE

Inclusión del autocontrol ABRIL EAP

Formación a los profesionales primer semestre 2018

Instalación TAONET mayo 2018

Evaluación de resultados Diciembre 2018

OBSERVACIONES

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0024

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS EN EL SECTOR DE HUESCA**

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

*** ========================================================================================== ***
```

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

## 1. TÍTULO

## REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AMADEO ELDUQUE PALOMO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN LORENTE SARA
ELFAU MAIRAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Compra de test HP desde Farmacia AP (enero 2018)
• Ordenación del sistema de valija. Se realizaron varias reuniones de coordinación con el Servicio de Digestivo.
• Formación en realización test del HP. Durante el 2018 se realizó la formación de los profesionales de enfermería en los 14 Centros de Salud a través de un video de instrucciones dirigido al personal de enfermería que realiza la prueba. Y se procedió a la transmisión de las instrucciones precisas para el envío del test por valija a la consulta de digestivo del Hospital San Jorge.
• Se envió a cada Centro de Salud el resultado intermedio de realización del test. (número de pacientes a los que se les había realizado el test del Helicobacter en el propio Centro sobre el total de peticiones realizadas de realización del test a pacientes del Centro).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Indicador de Impacto en cobertura (%): Test de HP en los que se realiza obtención de la muestra en AP/ Total de test de HP realizadas en nuestro Sector x 100
Se estableció un estándar 60-80% en las reuniones de seguimiento del CP.
Resultado 2019: 81,83% (1378 test realizados en AP/ 1684 test totales en el Sector.
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (los datos corresponden al periodo comprendido desde abril a diciembre de 2019, 9 meses, y se han obtenido mensualmente mediante registro manual)
-Indicador de Actividad de cambio de oferta: (Nº de Centros con consulta monográfica de realización del test de HP activa /Número total de los EAP del sector) x100
RANGO Contemplado 2019: 100%
Resultado 2019: 14/14=100%.
Fuente: Consulta de Enfermería de Pruebas Funcionales de Digestivo (registro manual).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El principal objetivo se ha conseguido. Todos los Centros de Salud del Sector ofertan y realizan los test de HP mediante consultas monográficas de sus correspondientes Zonas Básicas de Salud.
El proyecto está implantado y es sostenible y refuerza el papel de AP en la mejora de la accesibilidad al test descongestionando la Atención Especializada.
No se pudo crear el buzón ICV Test HP con V-test en HCE. No se pudo habilitar una vía informatizada para la incorporación de los resultados del test. La inclusión de un pdf en la historia, la descripción del diagnóstico por parte de la enfermera de digestivo en HCE, o incluso la creación del tic de OMILab con el test fueron pasos infructuosos. Actualmente la transmisión del resultado de la prueba sigue haciéndose a través de correo postal interno al MAP. Para poder habilitar la vía telemática se debería hacer el test con Taukit.
No se pudo consensuar con AE una pauta guía de tratamiento para nuestro Sector. En la actualidad desde AP, y en un intento por eliminar la variabilidad clínica, se están revisando las aportaciones que desde la Asociación Española de Gastroenterología se hacen en relación con las Dispepsia en el proyecto INFOGASTRUM.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/25 ========== ***

Nº de registro: 0025

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA (AP-AE)

Autores:
ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, CEREZUELA SAMPER CARMEN, CALVO GASCON ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

## 1. TÍTULO

## REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el 27% al 70% de las consultas de Atención Primaria se relacionan con la dispepsia como motivo de consulta.

El 75% de los Test de HP solicitados desde AP se hacen desde los CS urbanos de Huesca capital. Abarcando un 50% de la población del Sector.

En el último año se han solicitado un total de 1880 test de Helicobacter Pilory desde AP, a través de OMI.

No es posible la realización del test de diagnóstico del H.Pilory en las consultas de AP, derivando al paciente al HSJ con la consiguiente pérdida de tiempo y desplazamiento del mismo

Dentro del proceso de la transmisión de resultados del Test de HP, existen lagunas conflictivas en las que el resultado puede no transmitirse al profesional sanitario

No existe capacidad de extracción de datos de resultado del Test de H.Pilory en Huesca puesto que como el test se realiza fuera de laboratorio, la solicitud se realiza en un volante de interconsulta que no registra a través de DGP.
No existe un protocolo unificado de tratamiento de la dispepsia y de realización de Test de aliento de HP en el Sector de Huesca entre AP y AE

La realización del test en AE únicamente implica una derivación al Servicio de Digestivo en los primeros pasos de diagnóstico del proceso de Dispepsia.

El coste del Test (aprox. 20€), hace necesaria una herramienta o protocolo de monitorización de la realización del Test unificada para poder evaluar los resultados del mismo y proveer de una formación en el proceso para el profesional sanitario basado en la evidencia científica y el consenso entre AP y AE del Sector.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS
Mejorar la variabilidad en el acceso a los tests de HP de la población del Sector

Implantar la realización del tests de HP en las consultas de AP
Mejorar la transmisión vía telemática de los resultados de los tests de HP desde AE .

Establecer criterios de consenso AP-AE para el tratamiento de la dispepsia, diagnóstico y erradicación de HP

MÉTODO
Realización de protocolo del Sector

Compra de test HP desde Farmacia AP

Formación en realización test HP

Formación enfermería ICV

Formación en protocolo dispepsia y errad HP

Creación buzón ICV Test HP en HCE

Evaluación desarrollo

INDICADORES
Número de tests HP realizados en CS rurales/ Total tests HP realizados (en %)

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0025

## 1. TÍTULO

## REALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE DISPEPSIA

Número total tests HP realizados en AP

Número de EAP que incorporan la realización del test de HP

Comunicación de resultados de test vía telemática

Existencia de protocolo unificado AP-AE tratamiento
dispepsia/diagnóstico y erradicación HP

DURACIÓN
Realización de protocolo del Sector Primer trimestre AP_AE
Compra de test HP desde Farmacia AP Enero 2018
Formación en realización test HP hasta mayo del 218 DAP
Formación enfermería ICV marzo abril 2018 AP_AE
Formación en protocolo dispepsia y errad HP Abril Agosto DAP AE
Creación buzón ICV Test HP en HCE SSCC enro 2018
Evaluación desarrollo Diciembre DAP

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

## 1. TÍTULO

**PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2**

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA CALVO GASCON
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... DAP HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELDUQUE PALOMO AMADEO
ALLER BLANCO ANA ISABEL
ELFAU MAIRAL MARIA
CEREZUELA SAMPER CARMEN
VIÑUALES PALOMAR CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reunión formativa con Enfermería de Endocrinología.
Desarrollo del Proyecto de Actividades Comunitarias con los EAP del Sector fomentando la formación orientada a pacientes diabéticos.
Formación en nuevos materiales de insulinización y control de glucemia a los profesionales de enfermería de AP.
Creación de una CARPETA compartida con la Dirección de AP en todos y cada uno de los Centros de Salud para el desarrollo de esta estrategia (material educativo, listados de pacientes…)
Envío de listados a los Centros de Salud con los pacientes diabéticos a los que se les estaban entregando tiras de control de glucemia cuando en sus tratamientos no figuraba ni la insulina ni ningún antidiabético oral hipoglucemiante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Indicador de Actividad: (nº de EAP con distribución de material para pacientes con DM tipo1 )/(EAP Sector Huesca) x100
RANGO Contemplado 2019: 100%
Resultado: Numerador: 14, denominador: 14. Total 100%
Fuente: Dirección de Atención Primaria.

Indicador de Impacto: (nº de EAP con activ de educación diabetológica )/(nº de EAP con act. comunitarias basadas en educación y autocontrol de pacientes ) x100
RANGO Contemplado 2019: 30-50%
Resultado: Numerador: 2, denominador: 14. Total 14,29%. Los Centros de Salud que contaron con una actividad específica de educación diabetológica en sus agendas fueron Santo Grial y Grañén.
Fuente: OMI.AP

Indicador de Impacto: (Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes con glucómetro) /(Pacientes diabéticos tipo 2 con ADO sin insulina ni ADOS hipoglucemiantes insulina ) x100
Rango Contemplado 2019: 6-4%.
Resultado: Numerador: 140, denominador: 4896. Total: 2,86%
Fuente: OMI.AP y Receta electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la accesibilidad a los materiales para pacientes diabéticos tipo 1. Todos los Centros de Salud proveen de los materiales a estos pacientes en su lugar de residencia.
Se ha conseguido una mayor eficiencia del uso de tiras de glucemia restringiéndose su uso únicamente a los pacientes en tratamientos con insulina o ADOs hipoglucemiantes (sulfonilureas y meglitinidas)
Hay que seguir fomentando la educación diabetológica grupal ya que el grupo es el contexto idóneo para favorecer el aprendizaje, por la interacción entre los participantes, y facilita el apoyo y ayuda mutua para la toma de decisiones y mantenimiento de los estilos de vida saludables. La inclusión de esta educación en un indicador de los Acuerdos de Gestión Clínica de los Centros debe motivar su implementación.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/336 ========== ***

Nº de registro: 0336

Título

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

## 1. TÍTULO

**PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2**

PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2

Autores:
CALVO GASCON ANA MARIA, ELDUQUE PALOMO AMADEO, GUILLEN LORENTE SARA, ALLER BLANCO ANA, ELFAU MAIRAL MARIA, SERAL SOLANAS MARIA JOSE, BARRAGON ANGULO AMAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP HUESCA

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

PROBLEMA
Existen 286 pacientes con diagnóstico de DM tipo 1 aproximadamente en el Sector de Huesca, el 11% (31) con calculador de bolo y el 7% con bomba de insulina
Los recursos necesarios para el control de su DM 1 se proporcionan desde AE
Hay pacientes DM tipo 2 en tratamiento con ADO no hipoglucemiante o hipoglucemiante, pero fuera de sistuación de inestabilidad, con glucómetros
Control glucémico en cosulta programada de enfermería a pacientes DM tipo2
Falta de continuidad clínica y de cuidados de los pacienes DM tipo 1

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermeria del EAP de referencia
Suministrar el material de los pacientes DMtipo1 desde los EAP
Conocer los pacientes con DM tipo 2 con ADO y sin insulina que utilizan glucómetro.
Potenciar la educación grupal y comunitaria a pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO
Realizar protocolo del Sector
Suministro del material en la consulta de AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud.
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias
Evaluar resultados

INDICADORES
Número de pacientes con DM tipo 1 que tengan un profesional de medicina o enfermeria del EAP de referencia/ Nº de pacientes con DM tipo1 (en %) 90%
Número de EAP que suministran el material necesario a estos pacientes. 10 centros
Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina que utilizan glucómetro/Número de pacientes diabéticos tipo 2 con antidiabéticos orales sin insulina ( en %) Mejorar en un 20% el valor inicial
Número de EAP con educación grupal o actividad comunitaria en pacientes diabéticos tipo 2. 7 centros

DURACIÓN
Realizar protocolo del Sector AP/AE marzo 2018
Suministro del material en la consulta de AP Abril 2018 AP
Aplicar en la consulta de enfermería el seguimiento al paciente diabético tipo 2 indicado en el Manual de Procedimientos de Diabetes Mellitus del Salud. AP abril 2018
Desarrollo de actividades grupales y comunitarias AP mayo 2018
Evaluar resultados DAP diciembre 2018

OBSERVACIONES

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

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0336

## 1. TÍTULO

**PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE CUIDADOS AL PACIENTE CON DM 1 EN AP. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS PROPIOS DE LA ESPECIALIDAD EN PACIENTE CON DM 2**

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

## 1. TÍTULO

## IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA ALEGRE MARTIN
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... ESAD HUESCA
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA PEREZ OLGA
AGUDO RODRIGO MARTA
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La atención paliativa es un conjunto de acciones dirigidas a personas con enfermedad crónica avanzada o en situación de fase final de la vida, y a sus familias priorizando la actitud de alivio y confort como respuesta a sus necesidades fisicas, emocionales, sociales y espirituales.

Esta atención holística la puede realizar cualquier profesional responsable del paciente en la trayectoria de su enfermedad:

Equipos de Atención Primaria (AP).
Equipos de Atencion Especializada (AE).
Equipos de Residencias de mayores.
Equipos específicos de Cuidados Paliativos (ESAD). Estos asumirán la atención directa en situaciones de alta complejidad, o la prestación de soporte al resto de profesionales .

Pero sabemos que llegado este proceso de final de vida, no sigue una trayectoria lineal sino que va fluctuando. En ocasiones vemos que a los profesionales nos faltan recursos precisando apoyo de otros con mayor práctica avanzada.

Si partimos de que la atención sanitaria debe estar centrada en la persona, deberíamos dar respuesta tanto a las necesidades del paciente como de los equipos. Es época de construir relaciones de unirse, de ponerse en sincronía y de colaborar todos juntos, en un cambio de no competir y cambiar la manera de relacionarse.

El ESAD en la actualidad dispone de una recogida de datos de actividad e indicadores consensuados. Esta se realiza de forma integrada en las actividades del ESAD, existiendo demandas esporádicas por los equipos.
La manera de realizar el contacto es vía telefónica, pero no existía ningún registro de esos pacientes atendidos, las llamadas no estaban estructuradas, y no se cuantificaban, pero lo que mas preocupante era que si tenían necesidad de entrar en programa eran difíciles de reconocer por nuestro equipo.

Puesto que el paciente esta sustentado por su EAP, y este en ocasiones necesita (al igual que otros equipos) de herramientas o recomendaciones que apoyen decisiones complejas, el ESAD, se encuentra en disposición de ofrecer y facilitar ese soporte avanzado con variaciones en cuanto a la formalidad de sus actuaciones según niveles de intervención:

Evaluación y recomendaciones. Seguimiento por su EAP u otros y profesionales de ESAD.
Evaluación y seguimiento compartido con intervenciones intermitentes del ESAD, y a demanda del equipo.
Evaluación y seguimiento por ESAD, siendo el máximo responsable en la toma de decisiones consensuadas con su equipo asistencial.
Asesoramiento directo o telefónico (pacientes incluidos en programa)
Asesoramiento telefónico bien directo o mediante mensaje de audio, o teléfonos móviles solo para profesionales ( pacientes no incluidos en programa).

Dos fines esenciales por las que nace este proyecto:

Por un lado, establecer redes de contacto para servir de enlace y cadena de coordinacion consolidada a los equipos, pudiendo identificar de esta manera, que hay una persona en proceso de enfermedad avanzad o final de vida.
Y por otro, conseguir aliviar el sufrimiento de las personas y las familias que decidan permanecer en domicilio.

La población diana susceptible de ser atendida vía telefónica por el ESAD será:

Aquellos pacientes con una enfermedad en proceso de final de vida, independientemente de la patología que la origine, con un pronóstico de vida limitado (habitualmente inferior a 6 meses) y sus familias, que presenten un patrón de alta necesidad.

Serán por tanto susceptibles de atención :

Pacientes con enfermedad documentada oncológica progresiva, avanzada e incurable, con múltiples síntomas intensos, continuos y cambiantes y escasa o nula respuesta al tratamiento específico.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

## 1. TÍTULO

### IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Pacientes en proceso de final de vida por enfermedad crónica avanzada no oncológica, con limitación funcional severa no reversible, con síntomas intensos, complejos y cambiantes.

Dos niveles de complejidad:

Paciente no complejo: persona con estabilidad clínica, con opción de tratamiento paliativo para el control sintomático, alivio del dolor y el sufrimiento, bajo el cuidado de su equipo.
Paciente complejo: estado y situación inestable, con escasa respuesta a la terapéutica habitual, que padece con frecuencia crisis de gran sufrimiento, que requieren para su resolución de la combinación simultánea de recursos especializados, como ESAD. También consideramos que sería una situación compleja la" claudicación familiar" o no disponer de cuidador principal, haciendo el ESAD de nexo de union con servicios sociales.

Fase Inicial: Febrero 2019

Acciones que se dirigieron a la comunicación, a la reunión de conocimientos y a la elaboración de protocolos consensuados.(ESAD)

Periodo del proyecto : Abril 2019/Febrero 2020

Constitución del grupo de trabajo y redacción del proyecto " Identificación del apoyo proporcionado por el ESAD al EAP u otros para pacientes con necesidades de atención paliativa, sin intervención asistencial presencial".
Elaboración de un protocolo consensuado de recogida de datos.
Elaboración de una entrevista para la valoración, y repercusión del proyecto.
Presentación del protocolo, difusión y puesta en marcha por los responsables del ESAD.
Reunión específica para consensuar quien prestara la atención telefónica y seleccionar que profesional la realizara ( medico/enfermera).

Fase intermedia: Abril 2019

Etapa de mantenimiento y difusion.

Elaboración de protocolo de recogida de datos.
Elaboración de encuesta de satisfacción para profesionales.
Maduración de los objetivos.
Definición de funciones que tendría cada profesional dentro del equipo a la hora de recibir la llamada telefónica.

Desarrollar las actividades asistenciales, coordinación, y recogida de datos.
Selección del profesional que proporcionará el soporte a EAP y que actuará de expansor del proyecto.
Definición de criterios de evaluación periódica.
Captación de profesionales de EAP u otros con disposición para realizar una buena atención paliativa.

Las actividades del proyecto consisten en:

Recoger las llamadas telefónicas de manera aleatoria por cualquier profesional que se encuentre disponible en el ESAD.En cuanto a la recomendación la realizará un profesional u otro dependiendo de sus competencias.

Funciones del ESAD:

Realizar un plan de cuidados teniendo en cuenta las dimensiones físicas, psicoemocionales, sociofamiliares y espirituales de los pacientes y sus familias.
Valorar el impacto emocional de los síntomas físicos y del proceso global de la enfermedad.
Comprender los recursos existentes para la derivación de pacientes de alta complejidad.
Conocer el manejo y afrontamiento de los procesos de duelo.
Tener en cuenta los aspectos éticos en la toma de decisiones clínicas al final de la vida.
Desarrollar habilidades interpersonales y de comunicación que faciliten las relaciones con el equipo asistencial y que permita una atención centrada en los deseos, valores y necesidades.
Intervención asistencial directa a enfermos complejos y atención al control de síntomas y deterioro del estado general o fase de situación de últimos días.
Apoyo en la realización de determinadas técnicas y aproximación adecuada al caso.
Promover y facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
Soporte y apoyo a otros profesionales.
El desarrollo de actividades de formación e información del paciente y de sus familiares encaminadas a la adaptación de su situación, a la prevención de la claudicación.
La participación en programas de formación específica.
El desarrollo y apoyo de líneas de investigación en cuidados paliativos.
Desarrollo y participación de sesiones clínicas periódicas y revisión de casos.

Competencias del ESAD.

Competencias funcionales de Gestión y Organización.
Control sintomatico.
Comunicación con el paciente

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL**

Competencias Psicoemocionales.
Atención a la familia.
Atención al proceso de duelo.
Competencias en Bioética ( aspectos éticos y jurídicos al final de la vida).
Competencia en Necesidades Espirituales.
Soporte para el profesional.
Gestión y Coordinación de recursos sociosanitarios.
Docencia e Investigación.

Horario de atención:

Si los pacientes no están incluidos en programa, no dispondrán de nuestro teléfono, pero en caso de que precisen atención paliativa, serán los equipos quienes contacten con nosotros, ya que lo que pretende el ESAD, es que ninguna persona muera sin atención al final de su vida.
Además estos profesionales dispondrán de nuestros números móviles, para poder localizarnos a cualquier hora dentro de nuestra jornada laboral de manera más rápida y operativa (rango horario de 8h a 17h).

Si la atención es a demanda por parte de pacientes y familias (incluidos en programa),el teléfono fijo se encontrará disponible en horario (8 a 9h y 16 a 17h de lunes a viernes presencial), en este mismo se podrá dejar un mensaje en la centralita si es fuera de jornada, sin que se pierda la oportunidad de la atención a la necesidad.

Objetivos del registro:

Escucha activa sobre su solicitud (ayudar y recomendar algún procedimiento, técnica o cambio de tratamiento, derivación a otros profesionales, etc.).
Aceptación incondicional (para cualquier miembro de los equipos).
Autenticidad (en cuanto a la toma de decisiones).
Mejorar la atención tras la coordinación entre ambos equipos para los pacientes y familias con necesidades paliativas mediante consultas telefónicas.
Estimular a los profesionales de los equipos asistenciales, a realizar buenas prácticas clínicas en atención paliativa desde el inicio del diagnostico de una enfermedad no curativa.
Mejorar la organización de la atención paliativa en el Sector de Teruel, describiendo el proceso asistencial, los dispositivos y los modelos organizativos para el cuidado a los pacientes en esta etapa de la vida.
Dar a conocer la historia del paciente a nuestro equipo, en el supuesto de precisar un posible ingreso en programa.
Evitar el sufrimiento como prioridad de ambos soportes.
Detección de nuevos pacientes susceptibles de ser incluidos.
Definir y favorecer estrategias de formación.

Material:

Al inicio de la planificación del proyecto, se estableció que todos los pacientes incluidos en él, se les daría un registro de entrada para llevar un seguimiento numérico y así poder identificar, que pertenece al proyecto de personas con necesidades paliativas valoradas por ESAD vía telefónica.
Para tener un soporte en papel y poder realizar la evaluación, indicadores y seguimiento clínico, se utilizó un protocolo de elaboración propia, con el fin de homogeneizar la información de la actividad.

Se realizó una hoja de registro en Word donde se anotarán:

Fecha de llamada.
Nombre del paciente.
Domicilio.
Medico responsable.
Enfermera responsable.
Otros profesionales
Institucion.(AP, Hospital, Residencias, etc.)
Motivo que precisa la necesidad de la llamada.
Recomendación ESAD.
Necesidad de valoración presencial por la complejidad del síntoma o técnica a realizar.
Inclusión en programa (si/no)

Se elaboro una encuesta de satisfaccion propia cuyo nombre lleva “ Encuesta de satisfacción de los EAP, tras la atención telefónica/virtual recibida por parte del ESAD en el Sector de Teruel”.

Consta :

Fecha.
Nombre del profesional atendido
Profesional que recomienda.
Institucion.

Se cuantifican 5 preguntas:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL**

Ha podido localizar al ESAD, en el momento que preciso la recomendación.
Considera que la atención multidisciplinar entre ambos equipos (EAP/ Otros y ESAD) será beneficiosa tanto para el paciente como para su familia.
Considera que la atención recibida por parte del ESAD, se ha ajustado al síntoma o necesidades que precisaba.
Se ha evitado ingreso hospitalario.
Ha sido necesario ingreso en programa del ESAD.

Los datos de la entrevista se cuantificarán mediante una escala Likert, con 4 potenciales respuestas (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo).
La obtención de los datos ha sido llevada a cabo por los profesionales del ESAD.

Fase avanzada: Enero 2020

Reestructuración del proyecto en base a las necesidades detectadas, la maduración y evolución.
Consolidación, y desarrollo del proyecto en cuanto a su vertiente docente.
Evaluación periódica, sistemática y continuada.
Reevaluación de la hoja de recogida de datos, que fue ampliada con dos nuevos items: quien realiza la recomendación y cuál es el síntoma valorado.

Conforme avanzaba el proyecto y se recogian las llamadas, se observaron en la fase avanzada, algunas deficiencias en el protocolo:
En cuanto a la recogida de datos se completo el documento con 2 items mas:
Profesión de la persona que atiende la llamada.
Síntoma, procedimiento o técnica que se recomendo.
Tambien que no solo los EAP, solicitaban alguna recomendacion sino que tambien otros equipos asistenciales.
En cuanto a la extension del proyecto: este nació para dar soporte telefónico a los EAP, pero observamos que otros equipos de la red asistencial tambien demandaban este servicio por tanto se consensuo ampliarlo. Si solamente se hubiesen atendido las llamadas de los EAP (9 en total), los pacientes que no se encontraran en este sistema hubiesen sido desatendidos (9), osea un 50%, con lo que el principio de justicia y equidad quedaria marginado.
Todos estos datos obtenidos nos daría una idea mas real, de los signos y necesidades que preocupan a las personas en su enfermedad y nos ayudaría a reevaluar que tipo de formación deberíamos incluir para impartirla por los equipos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La complejidad del sufrimiento que vive el paciente y la familia requiere para su disminución la intervención de todos los equipos implicados en su proceso de enfermedad. El adecuado funcionamiento se basa en una buena coordinación entre profesionales.
Durante el año 2019 (desde 1de Abril, hasta 31 de Diciembre).

Datos cuantitativos:

Número de consultas telefónicas recibidas de los equipos. (11)
Número de valorados telefónicamente que han precisado visita presencial o inclusión en programa del ESAD (5)
Número de pacientes atendidos telefónicamente que no ingresan tras valoración del ESAD. (6)
Numero de encuestas recogidas debidamente cumplimentadas por los profesionales que han solicitado la colaboración.(11)
Nivel de satisfacción por parte de los equipos asistenciales tras la valoración de la atención telefónica.Muy de acuerdo (10), de acuerdo (1).

Datos cualitativos que nos parecen imprescindibles de reseñar:

Profesional que realiza la recomendación.Medico(7) /Enfermera (4)
Síntoma que preciso asesoramiento: Dolor (3),estreñimiento(1),cura ulcera tumoral (1), cura UPP(1),disfagia (1),agitacion(1),fiebre(1), situación de últimos días (1),valoracion clinica con analitica (1).

A modo de observacion:

Los servicios que precisaron asistencia telefonica fueron: (6) pacientes de AP, Geriatria(1),Residencia Javalambre(2),Hospital San Juan de Dios(1), Residencia San Hermenejildo 1).

Durante el año 2020 (del 1al 30 de Enero)

Datos cuantitativos:

Número de consultas telefónicas recibidas de los equipos asistenciales. (7)
Número de valorados telefónicamente que han precisado visita presencial o inclusión en programa del ESAD. (3)
Número de pacientes atendidos telefónicamente que no ingresan tras valoración del ESAD. (4)
Numero de encuestas recogidas debidamente cumplimentadas por los profesionales que han solicitado la colaboración. (7)
Nivel de satisfacción por parte de los equipostras la valoración de la atención telefónica.Muy de acuerdo (7).

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

## 1. TÍTULO

### IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

Datos cualitativos:

Profesional que realiza la recomendación.Medicina (4)/Enfermeria (3)
Que síntoma preciso asesoramiento. Dolor (4), deterioro del estado general(1), peticion familiar(1),situacion de ultimos dias(1).

Observacion:

Los servicios atendidos fueron: Oncologia(2), AP(2),Residencia Javalambre (2),Residencia Paules (1).
De los 146 pacientes incluidos en programa 8 fueron captados por esta via telefonica.
El sintoma que mas preocupo al paciente y por ende a la persona que le atiende fue el dolor.
Estos resultados se consideran indicadores de una óptima calidad básica de vida para:
Las personas en domicilio afectadas por una enfermedad incurable, pero si cuidable, atendidas por sus equipos o por ESAD.
Disponer de cuidador principal y evitar ingresos innecesarios, tras el asesoramiento.
Facilitar la transversalidad y coordinacion enrtre nivels asistenciales y ESAD.
Incrementar el horario de llamadas.
Adaptacion conjunta de criterios de inclusión/exclusión y flujos operativos para adecuar la experiencia a la realidad de cada necesidad.
Optima captación de pacientes susceptibles de beneficiarse, por su condición de pluripatológicos, crónicos con enfermedad avanzada y procesos de final de vida, de la intervención coordinada desde los distintos ámbitos abordados desde una fase más precoz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proceso asistencial por el que pasa un paciente con enfermedad avanzada y sus familiares presenta diferentes obstáculos. El circuito clínico comprende multitud de profesionales, tratamientos y situaciones de gravedad que precisan de un correcto engranaje.

Se considera básico empoderar a los profesionales ampliando la red de atención para que la actitud paliativa siga creciendo en todos los sistemas asistenciales.

Es fundamental para seguir avanzando en la mejora de la actividad asistencial, formarse no sólo en conocimientos actualizados, sino también en habilidades y actitudes personales de integración en el contacto continuo con el sufrimiento y la muerte.

No obstante, y probablemente motivado por el cambio de enfoque asistencial que significa la incorporación de este proyecto de calidad, se ha podido constatar la necesidad de mantener una mayor información del contenido asistencial y de coordinación EAP, Hospital, Residencias y ESAD, como una conexión muy potente.

Desde una perspectiva cualitativa, se identifican una serie de “puntos fuertes”, o de mejora de la calidad, se podria dar forma a través de circuitos que podrían desarrollarse en OMI, para el beneficio tanto del profesional como para las personas y familias, independientemente de donde se encuentren o sean captadas y que precisen soporte telefónico.

Como recomendacion podriamos añadir que se percibio una tardanza a la hora de recibir la llamada telefonica a ESAD, ya que una vez acordada la visita con su medico de AP, habian fallecido en el año 2019 (1) paciente, y en año 2020 (2). Todos los profesionales implicados debemos de realizar una introspeccion de lo que conlleva este terrible dato, con el fin de conseguir mejorar la atencion al final de la vida.
Queda pendiente la difusion para dar a conocer el proyecto a los 16 EAP, Hospital Obispo Polanco, Hospital San Jose, Residencia Javalambre y Residencias del IASS, por imposibilidad de realizarla, a falta de profesionales trabajando en el ESAD en los periodos que se planteo.

7. OBSERVACIONES.
Identificar este tipo de intervenciones son estrategias eficientes a muy corto plazo por la inmediatez de la consulta.
A más largo plazo y tras la difusión del proyecto en los distintos niveles asistenciales, se espera un aumento de pacientes valorados.
Los resultados obtenidos en el proyecto pueden dar idea del posible impacto de este tipo de actuaciones y considerar positiva la experiencia.
Por último añadir que se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos de los pacientes incluidos en el proyecto, a través del registro, solo accesible a los profesionales del ESAD.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1366 ========== ***

Nº de registro: 1366

Título

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

## 1. TÍTULO

## IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL

IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION ASISTENCIAL PRESENCIAL

Autores:
ALEGRE MARTIN ROSA MARIA, AGUDO RODRIGO MARTA, DIAZ DIAZ TANIA, PEREZ GARCIA OLGA

Centro de Trabajo del Coordinador: ESAD TERUEL

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: toda patología subsidiaria de CP
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mejora de la asistencia a los enfermos y sus familias se considera un criterio de calidad y buena práctica de los ESAD. Estos pacientes presentan una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas constantemente por ser cambiantes en el tiempo. El EAP detectará problemas que van a precisar un nivel básico, intermedio o más avanzado de intervención.
El ESAD como equipo específico de cuidados paliativos atiende a personas con alta complejidad en el proceso de su enfermedad. Otra de sus funciones asistenciales es la coordinación y apoyo a los equipos de AP cuando el paciente no está incluido en programa o sólo necesita cuidados básicos.
Se detecta desde el ESAD la importancia de valorar qué necesidades (interconsultas telefónicas y/o correo electrónico, soporte de conexión de recursos o apoyo en la toma de decisiones) tiene el EAP cuando se enfrenta al seguimiento del paciente con necesidades paliativas y no precisa asistencia presencial del Equipo de Atención de Soporte Domiciliario.
La optimización de los recursos asistenciales y mejora en la organización de la atención domiciliaria repercute en beneficio del paciente, potenciar la comunicación entre el EAP y el ESAD permite encontrar el mejor recurso disponible en relación a la patología presentada.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal es la mejora de la atención tras la coordinación entre ESAD y EAP de pacientes con necesidades paliativas mediante consultas telefónicas y/o correo electrónico.
Otros objetivos serían :
- Estimular a los profesionales de AP a realizar buenas prácticas en cuidados paliativos desde el inicio del diagnóstico de una enfermedad no curativa.
- Dar a conocer la historia del paciente a nuestro equipo si precisara un posible ingreso en programa en un futuro para la mejora de su asistencia.
- El paciente se podría beneficiar del ESAD desde estadios iniciales porque tendrá realizada una evaluación y registro inicial.
- La población atendida serán los pacientes que precisen atención paliativa, independientemente del nivel de intervención básico, intermedio o avanzado.
- Se estrecharán las relaciones entre los equipos de ESAD-EAP ambos implicados en el seguimiento domiciliario del paciente paliativo .

MÉTODO
- Registro de llamadas e interconsultas virtuales emitidas por el EAP y recibidas por parte del ESAD, mediante la elaboración de un protocolo diseñado a este fin.
- Recomendar tratamientos de prácticas avanzadas tanto de enfermería como de medicina.
- Promoción del contacto telefónico/electrónico entre profesionales de los equipos .
- Esta iniciativa se dará a conocer en sesiones clínicas formativas que el ESAD impartirá en los centros de salud del sector, residencias geriátricas y hospitales (HOP, HSJ, HSJD).
- Se elaborará una encuesta de satisfacción para los profesionales atendidos del EAP por el ESAD.
- El ESAD registrará el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico.

INDICADORES
-Número de consultas telefónicas recibidas del EAP
-Número de consultas virtuales recibidas del EAP
-Número pacientes valorados telefónicamente y correo electrónico que precisan visita presencial e ingreso en programa del ESAD.
-Número de pacientes atendidos telefónicamente y/o correo electrónico que no ingresan tras valoración del ESAD.
-Número de encuestas recogidas debidamente cumplimentadas por los EAP, que han solicitado la colaboración.
- Nivel de satisfacción por parte del EAP, tras la valoración de la atención telefónica, utilizando la escala likert.

DURACIÓN

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1366

## 1. TÍTULO

**IDENTIFICACION DEL APOYO PROPORCIONADO POR EL ESAD AL EAP PARA PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCION PALIATIVA, SIN INTERVENCION PRESENCIAL**

```
- Reunión del grupo de trabajo para elaborar el proyecto: abril 2019
-Reuniones de trabajo y reparto de tareas: primera semana de abril
- Elaboración de documentos: abril y mayo 2019
- Charlas informativas: desde mayo 2019 hasta febrero 2020
- Análisis de resultados: febrero 2020
- Conclusiones: marzo 2020
- Fecha inicio del proyecto: abril 2019 y finalización en marzo 2020

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 - 2019/0682

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA**

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CONCEPCION LATAPIA LOPEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON SALVATIERRA MARIA JESUS
RIVARES MORCATE MARIA JESUS
LLORENTE ALASTRUEY MARTA
CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA
ESCAR ARGUIS CESAR
JUAN OLIVAN MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Se hizo una revisión bibliográfica para la realización del protocolo acorde a las necesidades actuales, apoyándonos como partida en lo editado por el SEPB (2018) “Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva”, así como en los últimos datos aportados por los fabricantes de los dispositivos y fármacos. Posteriormente, nos reunimos para poner en común los datos encontrados referentes al TEC.

• Se elaboró el protocolo y fue revisado por representantes de cada categoría profesional que participa en la realización de dicha técnica, de los servicios de psiquiatría y CMA, cada uno la parte que le correspondía.

• A continuación, se difundió a todo el personal de psiquiatría y de CMA y se puso en práctica el registro de los cuidados antes y después de llevar a cabo la técnica con objeto de valorar la efectividad de los cuidados para la correcta realización, tal como indicaba el protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES:
1.
Nº de pacientes a los que se les aplica el protocolo actualizado del TEC en UCE desde septiembre a diciembre 2019
Nº total de pacientes ingresados en UCE a los que se le realiza TEC desde septiembre a diciembre 2019
Estándar 95%

2.

Elaboración de la actualización del protocolo de TEC en septiembre 2019

3.

Difusión de la actualización del protocolo de TEC

La elaboración del protocolo se realizó dentro de la fecha prevista.
La difusión se realizó en la UCE y en el CMA. Obteniendo como resultados:
- El 98% del personal que participa en la preparación y realización del TEC conoce y cumple el seguimiento del protocolo.
- El 97% de los pacientes a los que se les realiza la técnica reciben los cuidados adecuados antes y después del tratamiento.

Se ha hecho el seguimiento de 4 meses de evolución, con un total de 68 TEC realizados a 12 pacientes; de estos, 48 sesiones se realizaron a 8 pacientes ingresados en UCE y 20 sesiones a 6 pacientes ambulatorios, de estos últimos a 2 se les inicio el TEC estando ingresados y al alta se continúo ambulatoriamente.
A estos pacientes se les ha realizado los cuidados necesarios y ha sido un 97% efectivo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El TEC es una prueba muy beneficiosa en los pacientes a los que se les practica este tratamiento. Su mejoría suele ser más rápida que recibir solo tratamiento farmacológico, les disminuye el sufrimiento padecido por su enfermedad y el riesgo de efectos secundarios también es menor. Debido a la importancia de esta técnica, vemos muy recomendable que todo el personal conozca y ponga en práctica el protocolo elaborado; así se evitarán posibles efectos secundarios o retraso en el inicio de la técnica o suspensión de alguna sesión por no estar adecuadamente preparado el paciente.
Al conocer todo el personal que realiza esta técnica el protocolo, vemos que no ha surgido ningún imprevisto por el cual el paciente no haya podido ser tratado, disminuyendo los retrasos que se pudieran haber producido por la insuficiente preparación del paciente.
Observada la mejoría con este nuevo protocolo nos planteamos el hacer una difusión para las personas que participen en esta preparación en pacientes ambulatorios ya que el porcentaje de sesiones realizadas en estos 4 meses ambulatoriamente ha sido el 29,41%.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0682

## 1. TÍTULO

## ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA

Una vez valorado el adecuado funcionamiento de dicho protocolo, nos plantearíamos como posible actividad de mejora, el confeccionar un tríptico u hoja informativa, en el que se informara como es la ejecución del TEC, cuando esta indicado y los objetivos, metodología y cuidados a realizar al paciente antes y después de la sesión, en el ámbito familiar u otros dispositivos socio-sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/682 ========== ***

Nº de registro: 0682

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRIA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA

Autores:
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION, GASCON SALVATIERRA MARIA JESUS, RIVARES MORCATE MARIA JESUS, LLORENTE ALASTRUEY MARTA, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, ESCAR ARGUIS CESAR, ACIN LASAUCA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace casi 20 años la terapia electroconvulsiva se aplica en la unidad de agudos a pacientes de diferentes patologías psiquiátricas con el objetivo de conseguir una mejoría clínica del paciente que con otro tratamiento no resulta eficaz.
La incorporación de programas informáticos como el Gacela ha producido cambios en la forma de registro y en el seguimiento de la actvidad. También la incorporación de personal nuevo que rota en la unidad nos hace plantearnos un seguimiento tanto en la actuación como en el registro de la actividad.
Desde hace dos años, dada la demanda de pacientes derivados por el psiquiatra a este procedimiento, surge la necesidad de plantearnos la realización de la actividad de forma ambulatoria a través de la CMA y así reducir los ingresos. Los pacientes son atendidos por personal que no trabaja en la unidad y realizamos una coordinación con el servicio para informar y registrar los pacientes derivados de forma ambulatoria una vez que han sido dados de alta.
Por todo ello surge la necesidad de actualizar el protocolo para garantizar el sistema de registro de antes y después de la técnica, además del buen funcionamiento del protocolo en ambos servicios garantizando la eficacia y la seguridad en el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal: Garantizar la seguridad del usuario que recibe el procedimiento.
Objetivos secundarios:
-Revisar y actualizar el protocolo de TEC
-Difundir el protocolo al personal de enfermería de la unidad de agudos y el servicio de CMA.
-Establecer un sistema de registro unificado para ambos servicios.

MÉTODO
-Revisión bibliográfica para la realización de un nuevo protocolo acorde a las necesidades actuales.
-Difundir la información al personal de la unidad y CMA a través de reuniones.
-Elaboración de dicho protocolo.
-Registro de los cuidados antes del procedimiento y después de la técnica
-Seguimiento y evaluación del registro.

INDICADORES
- Elaboración del documento. SI/NO
-% pacientes a los que se les realiza el TEC que se les aplica el protocolo con el registro actualizado / % pacientes que se les realiza el procedimiento TEC. Estándar 95%

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0682

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) PARA PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA Y DE FORMA AMBULATORIA DESDE CMA**

DURACIÓN
Marzo 2019: Revisión bibliográfica
Abril-mayo 2019: Difusión de la información al personal de la unidad y CMA.
Junio- septiembre : Elaboración de dicho protocolo.
Octubre a diciembre 2019: Seguimiento y evaluación del registro de cuidados antes de la realización de la técnica y después del procedimiento

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 - 2019/0511

## 1. TÍTULO

**INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL**

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PLANO VIDOSA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO MARTIN ADOLFO
ARTERO GUILLEN BELEN
BERNAD BETORED GLORIA
MATA TORNIL ELENA
LOSCERTALES BERNAD LAURA
MUR ARDANUY NATIVIDAD
CASASUS ESCUER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ESTRUCTURACIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS:

EDUCATIVA: Talleres prácticos, charlas, tertulias y dinámicas grupales.
- Proyección fotografías y videos de las actividades realizadas durante 2018.
- Reuniones informativas sobre las actividades, talleres de cocina y juegos.
- Exposición de propuestas.
- Taller de la autoestima
- Taller de comportamiento en la mesa y como debemos comer.
- Charla-coloquio: Conoce a los Reyes de España, presidentes, partidos y ministros.
- Cartelería. Redacción y elaboración de carteles informativos de actividades del centro.
- Proyección-coloquio: Pueblos en peligro de extinción.
- Taller de Julio Verne: De la tierra a la luna.
- Taller: Como manejamos nuestras emociones I.
- Taller: Descubriendo nuestras emociones II.
- Películas: Que se mueran los feos, Campeones, Ocho apellidos vascos y documentales.
- Taller: Como se vota. Elecciones.
- Talleres de cocina Puesta en práctica diferentes elaboraciones para eventos dentro del centro. (convivencias, cursos de formación, charlas, etc.)
- Juegos de mesa: oca, parchís, dominó, bingo, puzles, barajas, etc.
- Taller de lectura: “leemos juntos”. Poesía, Don Quijote, novelas, etc.
- Introducción a la informática. Iniciación en Word.
- Charla- coloquio: Sexualidad, con seguridad tu mejor relación
- Ambientación Halloween.
- Charla impartida por la Policía Local: Convivencia, respeto y acoso en la sociedad
- Charla: Hábitos de higiene básicos
- Realización de tarjetas de Navidad para la familia, amigos, etc.
- Charla-taller: Importa estar limpio. Higiene de la piel y cabello

SOCIAL: Convivencias, salidas, ocio dirigido
- Salida: Centro Cívico. Exposición del cultivo, elaboración del aceite de oliva.
- Salida: Campo de fútbol Alcoraz de Huesca.
- Taller de swing. Grupo de baile de Hindy-hop
- Taller de yoga. Descubre sus beneficios. La práctica se realiza dos veces al mes.
- Charla: Presentación de una guía de montaña Sierra de Guara
- Salida: Centro Cívico. Exposición del cultivo, elaboración del aceite de oliva.
- Taller de pastelería impartido por un profesor de la escuela de Hostelería.
- Convivencia en Salas con ASAPME.
- Visita y convivencia en la granja escuela IFPE Montearagón.
- Palacio Villahermosa. Presentación y taller del proyecto "Estación Esperanza".
- Concierto de Cuencos Tibetanos.
- Excursión y merienda de convivencia en Alberuela de Tubo.
- Merienda de convivencia con Asapme. Elaboración de empanadico.
- Salida al cine. Película: Los Rodríguez y el más allá.
- Charla: Funciones y competencias de un agente forestal.

ACTIVIDADES TEMATICAS: Fiestas, ferias y mercados.
- Feria de la Asociaciones de Monzón: Talleres de cocina "Apetito Común".
- Participación en el Mercado Medieval con ASAPME.
- Merienda de hermandad navideña
- Venta del libro Apetito Común, realizado por los usuarios del CRP
- Taller de cocina a la comunidad.
- Grupo de juventud de las parroquias de San Lorenzo y Perpetuo Socorro

SALUD BUCODENTAL:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

## 1. TÍTULO

**INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL**

- Charla-power point Higiene de la boca I
- Charla- video. Higiene buco-dental II. Técnicas del cepillado. Realización póster.
- Taller de refuerzo higiene bucal. Práctica con usuarios. Registro y seguimiento anual.
- Distribución de vasos y rotulación de cada paciente con su nombre para realizar la higiene bucal (pasta dentífrica + cepillo + colutorio).
- Realizamos una muestra de 20 usuari@s donde se valora la frecuencia, la técnica del cepillado y las incidencias/visitas al odontólogo.
- TECNICA DEL CEPILLADO

HIGIENE DEL SUEÑO
- Charla Higiene del sueño I. PowerPoint
- Taller higiene del sueño II. técnicas de higiene y rituales del sueño. Hoja registro.
- Talleres de relajación muscular progresiva Jakobson.
- Charla. Hábitos de la higiene del sueño. Superar el insomnio, ritmos y rutinas del sueño.
- Relajación I. Escuchar el sonido del agua y de la naturaleza.
- Relajación II. Visualizar paisajes naturales.
- Relajación III. Ejercicios respiratorios.
- Relajación IV. Escuchar música de relajación.

CUIDADO DE LOS PIES
- Charla informativa- power-point. Cuidados del pie diabético. Pies para que os quiero.
- Charla sobre el cuidado de los pies y uñas. Talleres prácticos y realización de técnica.
- Refuerzo de los talleres de la higiene de los pies y corte de uñas y puesta en común.

PIEL Y CABELLO
- Charla-taller: Importa estar limpio. Higiene de la piel y cabello.
- Charla –coloquio. Piel: Funciones, enfermedades y consejos para su cuidado.
- Encuesta grupal. Hábitos del aseo.

SEXUALIDAD
Charla- taller. Sexualidad I
Charla – coloquio. Salud sexual II

TALLER FÁRMACOS
- Charla informativa: Psicofarmacología y Principales fármacos orgánicos.
- Inclusión en el programa a 15 pacientes para su registro y seguimiento.
- Aplicación de escala DAI de medicación y un cuestionario auto elaborado de conocimiento de los fármacos
- Charla en común
- Intervención individual: Elaboración ficha medicación, preparación medicación
- individualizada y resolución de dudas, durante 5 sesiones con cada paciente.
- Aplicación de escala DAI y cuestionario de conocimiento de fármacos al finalizar

RECICLAJE
- Realización de diferentes proyecciones sobre ecología y medio ambiente.
- Realización de objetos decorativos con diferentes recursos materiales
- Realización de los carteles del “alimento del mes” reutilizando cartones y papel.
- Concienciar a los usuarios con ejemplos prácticos que realizan otras entidades.
- Reconocimiento a dos usuarios voluntarios que barren las colillas del suelo.

ALIMENTACION SALUDABLE:
Realización de un cartel correspondiente a cada alimento que se trabaja cada mes, puesta en común, quedando expuesto en el comedor del centro.
Reforzamos con la introducción de dicho alimento en la merienda dos veces al mes.

Enero: Naranja. Elaboración: zumo de naranja
Febrero: Aceite de oliva. Elaboración: Pan con tomate y aceite de oliva
Marzo: Aguacate: Elaboración: Guacamole
Abril: Pan integral: Elaboración tostadas con tomate y aceite de oliva
Mayo. Fresa. Elaboración: mermelada, flan y tartaletas
Junio. Garbanzo. Elaboración: hummus
Julio. Sandia y melón. Elaboración: brochetas
Agosto: Tomate. Elaboración gazpacho
Septiembre: Queso. Elaboración: sándwiches de queso y york.
Octubre: Atún. Elaboración: Pate de atún
Noviembre: Calabza: Elaboración: Empanadicos
Diciembre: Frutos secos. Turrones y Colineta nevada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. GRADO DE ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO:
Número de pacientes que participan en el programa del total de pacientes seleccionados.
VALOR DEL INDICADOR: = >MAYOR AL 80%

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

## 1. TÍTULO

## INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

Fuente: Registro de los usuarios seleccionados para la actividad. Nª 25 pacientes (al menos tienenque participar en el 50% de las actividades)
25 PACIENTES SELECCIONADOS : 25 PACIENTES PARTICIPAN= 100%
RESULTADO= 100%

2. MEMORIA DE ACTIVIDADES
Indicador dicotónico: SI/NO
RESULTADO= SI

3. ESCALA DAI y cuestionario de conocimiento de fármacos al finalizar las sesiones con cada paciente (TALLER DE MEDICACIÓN)
ESCALA DAI: 15 PACIENTES PARTICIPAN : 13 PACIENTES COMPLETAN= 87%

CUESTIONARIO AUTO Porcentaje
No responde o no participa 20%
Responden igual 46,6%
Responden peor 0%
Responden mejor (Mejoría leve) 13,3%
Responden mejor (Mejoría notable) 20%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En éste proyecto se ha trabajado desde la óptica de la recuperación, poniendo en valor el conocimiento de las necesidades sobre los hábitos y conductas saludables en pacientes con TMG.

Consideramos en todos los aspectos que ha sido beneficioso. Hemos podido comprobar el grado de participación, motivación y satisfacción que han repercutido positivamente en sus vidas.
Aunque los avances pueden parecer pequeños, teniendo en cuenta las dificultades de éstos pacientes, tanto en sus capacidades cognitivas como de las destrezas del procesamiento, pero pese a ello, se ha conseguido una buena respuesta.
Todo el trabajo realizado lo tomamos como un punto de partida a otras actividades que se puedan implementar en la forma de trabajo rutinaria, puesto que estas personas necesitan mucho refuerzo y repetición, por todo ello creemos la importancia que tiene el contar con los profesionales que contribuyan en su interés e intentar motivarlos día a día dando soporte para mejorar su calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/511 ========== ***

Nº de registro: 0511

Título
INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

Autores:
PLANO VIDOSA PILAR, LANAO MARTIN ADOLFO, ARTERO GUILLEN BELEN, BERNAD BETORED GLORIA, MATA TORNIL ELENA, LOSCERTALES BERNAD LAURA, MUR ARDANUY NATIVIDAD, CASASUS ESCUER ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con motivo de la puesta en marcha del proyecto socio-educativo dirigido a todos los usuarios del CRP Santo Cristo de los Milagros (ULE y Psicogeriatría) y viendo la repercusión positiva que han tenido en sus vidas y trabajando con ellos desde la óptica de la recuperación; se ha puesto en valor el conocimiento de las

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0511

## 1. TÍTULO

### INTERVENCION EDUCACIONAL: ADQUISICION DE HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES EN USUARIOS DE SALUD MENTAL

necesidades sobre los hábitos y conductas saludables en pacientes con TMG; lo que supone un punto de partida para avanzar en el cuidado de la higiene y salud mental.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL
Soporte a unas acciones educativas, desde la recuperación encaminadas para mejorar la vida, salud, autonomía, respeto y dignidad de la persona.
OBJETIVOS ESPECIFICOS
- Fomentar el autocouidado
- Educación para la salud: Aprender a alimentarnos de manera saludable
- Fomentar cambios de aptitud y hábitos
- Disminución de comportamientos de riesgo: tabaco, alcohol, dieta inadecuada.
- Favorecer el desarrollo humano individual y colectivo.
- Trabajar las habilidades sociales e instrumentales
- Adquirir compromiso con la tarea, autocontrol y disciplina.

MÉTODO
METODOLOGÍA
En éste modelo de proyecto educativo contamos con la información y contenidos para la adquisición de los hábitos y conductas saludables donde se pondrán de manifiesto en la programación.
Tanto en los talleres como actividades es prioritaria la participación del usuario para que vaya adquiriendo los conocimientos por sí mismo.

Estrategias de intervención:
- Educación y aprendizaje en la higiene y salud.
- Hábitos saludables a través de la alimentación.
- Educación en la gestión de residuos.

Estructuración de las actividades:
- Educativa: Talleres prácticos - charlas - tertulias- puestas en común y dinámicas grupales.
- Social/comunitario : Convivencias, salidas, trabajo en grupo, cine, ocio dirigido, etc.
- Actividades temáticas: Carnaval, San Lorenzo, Halloween, navidad, mercados y fiestas
- El alimento del mes.

INDICADORES
1- Cuestionario del grado de satisfacción con el programa
2- Grado de adherencia y cumplimiento
3- Memoria del programa

DURACIÓN
El programa tiene una temporalidad de un año de duración de Enero de 2019 a Diciembre de 2019. Descanso meses de Julio y Agosto.

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 - 2019/0582

## 1. TÍTULO

## AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA ELBOJ SASO
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIARGE RUIZ ARTURO
GRACIA BERCERO CONCEPCION
LALANA CUENCA JOSE MANUEL
FELIPE LANUZA GENMA
SANTOS FAÑANAS MARIA JESUS
BERNAD BETORED GLORIA
JAIME REYES ALLUE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP:
- El espacio físico
- La dinámica de funcionamiento
- El ambiente relacional

Como consecuencia de este estudio se ha comenzado la adecuación del aula Nº2 del centro siguiendo las recomendaciones del estudio.

Se ha comenzado a la actualización de las guías de funcionamiento, en las que se debe explicitar las normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.

Sesiones de trabajo quincenales del grupo de trabajo para realizar el plan de actuación que incluye:
- Valorar las necesidades personales de los pacientes
- Valorar las necesidades detectadas por los trabajadores de enfermería (DUEs, TCAEs, TO) en lo referente a la creación de espacios terapéuticos.
- Priorización de las medidas a tomar
- Establecer un plan de actuación, cronograma y plazos de ejecución
- Ejecución de las medidas: preparación de presupuestos, búsqueda de recursos, adecuación de los espacios.
- Valoración de los objetivos
- Plan de ejecución de las medidas pendientes: adecuación espacios individuales y personales de los pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de reuniones trimestrales de coordinación
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año
RESULTADO: 100%

Sesiones de trabajo quincenales
ESTÁNDAR: 2 sesiones/mes
RESULTADO: 100%

Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.
ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO
RESULTADO: SI

Adecuación del AULA 2
ESTÁNDAR: SI/NO
RESULTADO: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta línea de trabajo está enmarcada en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en la cual se identifica la importancia de preservar la dignidad de las personas, reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad y modificar las actitudes del personal para adaptarlas al principio de recuperación
Como resultados del estudio destacamos las siguientes recomendaciones:

La importancia de la atención al confort y necesidades individuales de la persona atendida, desarrollando un ambiente tranquilo y poco estigmatizante.

La necesidad de que haya equipos estables de profesionales, para fomentar la motivación, el dinamismo y la responsabilidad en los equipos.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

## 1. TÍTULO

## AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

Tratar a través de apoyo, supervisión y formación continuada el déficit en niveles, competencias y formación de profesionales.

Explicitar normas de funcionamiento con el objetivo de regular las relaciones, tareas y horarios entre todas las personas miembro de la unidad o dispositivo.

Asignar profesionales referentes a cada paciente, tanto personal facultativo como de cuidados, que se hagan cargo de la valoración, seguimiento y continuidad de cuidados del paciente. De esta manera se fomenta la transmisión efectiva de la información, acerca de sus derechos, deberes, objetivos de la unidad etc., y se garantiza al máximo que la visión personal de la persona atendida quede explicitada en el plan de tratamiento.

7. OBSERVACIONES.
Esta línea de trabajo que necesita el compromiso de profesionales, personas usuarias, familiares e incluir a los gestores, a los y las responsables de las unidades como agentes de cambio.
Se necesitaría contar con un presupuesto o poder garantizar los recursos materiales para poder llevar a término los cambios.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/582 ========== ***

Nº de registro: 0582

Título
AMBIENTE TERAPEUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUIAS DE FUNCIONAMIENTO

Autores:
ELBOJ SASO MARTA, BIARGE RUIZ ARTURO, GRACIA BERCERO CONCEPCION, LALANA CUENCA JOSE MANUEL, CASASUS ESCUER ISABEL, VAL LOPEZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ambiente terapéutico es una herramienta de trabajo fundamental en todos los dispositivos de Salud Mental. Un ambiente seguro favorece un contacto terapéutico que facilita el compromiso de las personas atendidas en su tratamiento, mejora la satisfacción y los resultados en salud.
Esta línea de trabajo es la que desde hace más de un año se apuesta en el CRP Santo Cristo de los Milagros. Los espacios hospitalarios deben preservar la dignidad de las personas y asegurar la seguridad de las personas. Se pretende crear espacios saludables y amables, libres de cualquier tipo de violencia, siendo siempre fieles al principio de la recuperación.
Se podría decir que un medio terapéutico es aquel que permite a las personas gozar de un entorno saludable, seguro, privado, digno, apropiado y con autonomía sin comprometer los objetivos clínicos de la unidad.
Una línea de trabajo que necesita el compromiso de profesionales, personas usuarias, familiares y gestores.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GERENAL
Continuar revisando el ambiente terapéutico del CRP y elaborar las guías de funcionamiento de las unidades y proponer mejoras en otros dispositivos de Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. Explicitar normas de funcionamiento para regular las relaciones, las tareas y los horarios de las unidades y sus diferentes espacios.
2. Favorecer el desarrollo de espacios saludables
3. Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y la restricción de la libertad
4. Dar a conocer a todo el equipo los contenidos de las actividades

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0582

## 1. TÍTULO

## AMBIENTE TERAPÉUTICO EN SALUD MENTAL: MODELO ORGANIZATIVO Y GUÍAS DE FUNCIONAMIENTO

MÉTODO
Estudio del grupo de trabajo sobre las dimensiones del ambiente terapéutico en las unidades del CRP.

Incluir a los gestores, a los y las responsables de las unidades, trabajadores como agentes de cambio

Propuesta de mejora y coordinación para otros dispositivos de la red de salud mental

Una vez realizado el análisis de cada una de las dimensiones se harán recomendaciones, basadas en la evidencia disponible y adaptadas a nuestro entorno.

Iniciar las mejoras a nivel local, en cada unidad o dispositivo: para promover los cambios pertinentes.

Actualización de las guías de funcionamiento de CRP

INDICADORES
INDICADOR:
Elaboración de un documento que refleje la sistemática de trabajo y organización de los profesionales de enfermería.
ESTÁNDAR: Existencia del documento: SI/NO

INDICADOR:
Realización de reuniones trimestrales de coordinación de cuidados
ESTÁNDAR: 4 reuniones/año

DURACIÓN
El programa tiene una temporalización de un año de duración de Enero de 2019 a Diciembre de 2019, tomando un descanso los meses de verano (julio/agosto).

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 - 2019/0624

## 1. TÍTULO

## LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE BEJAR MARIN
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
CARRERO BACIGALUPE IZIAR
VAQUERO PEREZ MARIA JOSE
ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado reuniones periódicas del equipo de trabajo para programar las actividades con usuarios de UME, realizando búsqueda de diferentes formatos (obras de teatro, libros de poesía, literatura y literatura asociada a película).
Semanalmente se han realizado sesiones de 45 minutos con los usuarios de la Unidad desde marzo 2019.
Se han realizado actividades en la comunidad relacionadas con la lectura (presentación de libro, visita al archivo histórico, visita guiada con historiador por el Casco Antiguo, recitar poesía al aire libre).
Fomento del interés por la lectura animando a que nuestros usuarios sean capaces de buscar material para las diferentes sesiones.
Además del planteamiento inicial en cuanto a objetivos, hemos tenido en cuenta las preferencias, capacidades para seguir la actividad así como una adaptación de las materias dependiendo de las de los usuarios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado ha sido satisfactorio aplicando los indicadores seleccionados:
pacientes que acuden al menos 50%-------- 13
pacientes seleccionados----------15
lo que nos da un resultado indicador del 87%
La fuente de obtención ha sido el registro de asistencia de usuarios de cada sesión y método cuantitativo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde que implementamos el proyecto en marzo de 2019, hemos constatado que la lectura es una herramienta terapéutica para la mejoría de las habilidades lectoras, de atención, memoria, comprensión y expresión de los usuarios que han asistido. Así mismo, ha supuesto una alternativa saludable al ocio favoreciendo la interacción social grupal entre los usuarios y con el personal.
Ha sido necesario adaptar la actividad en función de las necesidades o aptitudes de los asistentes a las sesiones.
Consideramos que se están consiguiendo los objetivos previstos inicialmente.
Como aspecto a mejorar, en algunas ocasiones hemos usado la improvisación y como consecuencia nos ha faltado planificación.
Se ha decidido, como mejora, planificar reuniones programáticas trimestrales y reuniones de evaluación posteriores a cada sesión semanal.
En cuanto a replicación, se mantiene la actividad que pasará a formar parte de las actividades de la Unidad elaborando un nuevo proyecto de lectura, orientado hacia la participación comunitaria

7. OBSERVACIONES.
Se consideraban como imprescindibles, para ayudar a la consecución de objetivos, una serie de necesidades( dotación económica, recursos materiales, etc.) que no hemos recibido.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/624 ========== ***

Nº de registro: 0624

Título
LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Autores:
BEJAR MARIN ENRIQUE, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, CARRERO BACIGALUPE ICIAR, VAQUERO PEREZ MARIA JOSEFA, ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0624

## 1. TÍTULO

### LECTURA VIVA: EL PLACER DE LEER JUNTOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-LA UNIDAD (UME) OFRECE UNA SERIE DE ACTIVIDADES ESTRUCTURADAS A LO LARGO DE LA SEMANA QUE SUSCITAN, MÁS O MENOS, INTERÉS EN FUNCIÓN DE LA MOTIVACIÓN DE CADA PACIENTE, PERO NECESARIAS POR SU UTILIDAD TERAPÉUTICA PARA FAVORECER LA RECUPERACIÓN Y PROMOVER LA AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES.
SE HA CONSTATADO EL SEGUIMIENTO DESIGUAL DE ALGUNAS DE ESAS ACTIVIDADES QUE INCIDEN MÁS EN EL USO DEL TIEMPO LIBRE, POR LO QUE SE VIO NECESARIO APORTAR UNA ACTIVIDAD NUEVA QUE PUDIERA ESTIMULAR MÁS A LOS PACIENTES.
-POR OTRA PARTE, SE CONSTATA LA NECESIDAD DE OFRECER UN ESPACIO DE MEJORA PARA LOS DÉFICITS DEL LENGUAJE ( APTITUDES DE ESCRITURA, HABLA Y ESCUCHA) QUE AFECTAN A ESTE TIPO DE PATOLOGÍA.
-ACTIVIDAD DE OCIO SALUDABLE Y DIFERENTE QUE FAVOREZCA LA SOCIALIZACIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO GENERAL:
-FORTALECER LAS APTITUDES DE LECTURA, ESCUCHA Y DESARROLLAR EL EXPRESARSE EN PÚBLICO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
-MEJORAR LA CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y COMPRENSIÓN.
-EXPANDIR EL CONOCIMIENTO AMPLIANDO EL VOCABULARIO.
- AGILIZAR LA MEMORIA.
-AGUDIZAR LA IMAGINACIÓN Y FAVORECER EL PENSAMIENTO CRÍTICO.
-CREAR VÍNCULOS EMOCIONALES( DESARROLLA UNA ACTITUD POSITIVA HACIA LA LECTURA COMO FUENTE DE PLACER).

MÉTODO
- REUNIÓN SEMANAL PARA PREPARAR EL CONTENIDO DE LA ACTIVIDAD.
- BÚSQUEDA ( INTERNET, BIBLIOTECA.....) DE TÍTULOS PARA LEER, PREVIA REVISIÓN DE LOS MISMOS.
- SESIONES SEMANALES DE UNA HORA PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA CON PACIENTES.
- SESIONES EXTRAS, UNA VEZ AL MES, PARA VISIONADO DE PELÍCULAS RELACIONADAS CON OBRA.
- ACTIVIDAD EN LA COMUNIDAD RELACIONADAS CON LA LECTURA
( PRESENTACIÓN DE LIBROS, ARTES ESCÉNICAS, FERIA DEL LIBRO, CITAS CON AUTORES...)
- ACTIVIDAD DE LECTURA EN EXTERIORES.
- ACTIVIDADES ENMARCADAS Y DIFERENCIADAS DEPENDIENDO DE LAS
CUATRO ESTACIONES ANUALES.
- REUNIONES SEMANALES DEL EQUIPO PARA VALORAR LA ACTIVIDAD.

INDICADORES
- REALIZACIÓN DE CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR CON CARÁCTER TRIMESTRAL.
- NÚMERO DE SESIONES DE LECTURA.
- NÚMERO DE SESIONES EXTRA DE VISIONADO DE PELÍCULAS.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE PACIENTES QUE ABANDONAN LA ACTIVIDAD.
- NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL EXTERIOR.

DURACIÓN
- INICIO DE PROYECTO, EL 29 DE MARZO DE 2019.
- FIN DE PROYECTO, EL 1 DE MARZO DE 2020.
- CUESTIONARIO DE VALORACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS, TRIMESTRAL.
- UNA EVALUACIÓN CONTINUADA, TRAS CADA SESIÓN, QUE VALORARÁN PERSONAL Y USUARIOS, LA CONVENIENCIA, O NO, DE MODIFICAR EL CONTENIDO DE LOS TEMAS TRATADOS, ADEMÁS DE UNA VALORACIÓN, AL ALTA, QUE AYUDARÁ A VALORAR Y EVALUAR, LA LÍNEA DE TRABAJO DE LA ACTIVIDAD.

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 - 2019/0886

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... HELENA SANZ SANZ
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE
CALVERA FANDOS LAURA
ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado las siguientes actividades:
- Revisión bibliográfica sobre síndromes prodrómicos (descripción, detección, naturaleza, curso…).
- Revisión de material publicado sobre evaluación de pródromos.
- Elaboración del protocolo.
- Puesta en marcha: aplicación sobre la población diana.
- Registro de: casos/intervención/resultado.
- Reuniones de trabajo: Trimestral.

Ajustándonos al siguiente calendario:
- Marzo 2019: inicio revisión bibliográfica.
- Abril- junio 2019: elaboración del protocolo y del registro de casos.
- Julio 2019: implementación del protocolo y cumplimentación del registro de casos.
- Noviembre 2019: valoración de resultados.
- Diciembre 2019: realización de memoria.

Haciendo uso de los siguientes recursos:
- Material bibliográfico de consulta (internet o material disponible);
- Equipo informático (de consulta);
- Sala de reuniones (UME);
- Despacho donde realizar valoración.

Se elaboró el protocolo conjuntamente entre los componentes del proyecto, recogiendo las distintas variables a valorar por todo el equipo terapéutico, cada uno desde su disciplina profesional (psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería).Variables clínicas recogidas en la bibliografía y relacionadas con la existencia de síntomas prodrómicos y su evaluación, no sólo atendiendo a las manifestaciones sintomáticas, sino también a posibles factores predisponentes y precipitantes.
Una vez concluido, se llevó a cabo una reunión con el equipo terapéutico para dar a conocer el protocolo y recoger aportaciones nuevas que se incluyeron en el mismo.
Con cada caso susceptible de aplicación se cumplimentó el protocolo entre todos los profesionales de la unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Planteamos los siguientes objetivos con los resultados obtenidos:
- Implementación del protocolo: porcentaje de pacientes con sintomatología sugestiva de fase prodrómica a los que se les aplica el protocolo. Se usa como indicador la siguiente fórmula: Pacientes de la UME con sintomatología prodrómica/ Pacientes a los que se aplica el protocolo. Esperando obtener el 100%.
Durante el tiempo transcurrido se han obtenido los siguientes resultados: 3/3= 100%.

- Registro de casos: cumplimentación del registro. Se aplica como indicador la siguiente fórmula: Nº de casos incluidos en el registro/ nº casos con el registro de la intervención correspondiente. Esperando obtener al menos un 70%.
Durante el tiempo transcurrido se han obtenido los siguientes resultados: 3/3= 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha detectado que el protocolo favorece el trabajo en inter y multidisciplinar, promoviendo la reflexión y el cuestionamiento de prácticas clínicas. La UME supone un recurso en el que existe un potente trabajo de equipo, este protocolo resulta una herramienta para la recopilación minuciosa de información clínica relevante sobre un paciente, ofreciendo a su vez, una oportunidad para reflexionar sobre el caso y organizar toda la información que se recoge en cada una de las áreas de intervención (psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, terapia ocupacional, enfermería) orientando la toma de decisiones en casos complejos. Estos pacientes serían aquellos en los que la sintomatología se presenta de forma más sutil o enmascarada por diversos factores intervinientes como puede ser: la dinámica/apoyo familiar, capacidad de introspección, recursos personales y cognitivos, factores dinámicos y de personalidad, relación terapéutica, forma de manifestarse la clínica, ocultamiento de síntomas... Se estimula así el intercambio de ideas e información entre profesionales facilitando la toma de decisiones y la elaboración del plan individualizado de rehabilitación, mejorando la calidad de la asistencia.
- Podemos señalar dos funciones del protocolo: una, favorecer la toma de decisiones clínicas, ya sea

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0886

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

evitando ingreso en UCE o bien, indicándolo, según necesidades del paciente; otra, facilitar el conocimiento y construcción del caso, llevando a cabo una buena evaluación/valoración clínica y posibilitando que en futuras ocasiones se lleve a cabo una intervención más ajustada, además de una posible anticipación de situaciones de recaída y/o conductas auto/heteroagresivas.

- En cuanto a los resultados obtenidos, se ha aplicado el protocolo en tres ocasiones, con tres pacientes diferentes. En uno de los casos la intervención fue previa a un empeoramiento clínico y evitó posibles conductas auto/heteroagresivas; se procedió a ingreso en UCE tras haber intentado reajuste farmacológico que el paciente rechazó. En los otros dos casos el protocolo se aplicó posteriormente al ingreso en UCE permitiendo recopilar información clínica relevante y poder intervenir de forma eficaz en intervenciones posteriores, ajustadas a sus características concretas.
- Destacamos que la mayor parte de los pacientes no requieren este tipo de medidas excepcionales; de los 41 casos atendidos a lo largo del 2019, sólo 3 han requerido la aplicación del protocolo, pero ha sido fundamental para su evolución. Se observa que conlleva una labor reflexiva y de trabajo conjunto muy importante y necesaria en aquellos casos en los que existe mayor complejidad clínica o de abordaje terapéutico, siendo valorado su uso muy positivamente por lo profesionales.
- Como recomendaciones consideramos que sería interesante analizar los datos que se desprendan de su uso a medio plazo, teniendo en cuenta, por ejemplo, cuántos casos son susceptibles de aplicarles el protocolo y qué efectos tiene su uso sobre el trabajo en equipo y sobre la evolución del paciente. Hay que tener en cuenta que el uso del protocolo se encuentra ligado al tipo de paciente atendido y sus características personales, de tal forma que es de esperar que resulte fundamental en aquellos casos que suponen mayor complejidad clínica y de manejo en la relación terapéutica.
- Consideramos que el uso del mismo ha facilitado la aclaración de aspectos clínicos fundamentales en los pacientes a los que se ha aplicado el protocolo y que en dos de ellos se han podido tomar decisiones más ajustadas y eficaces para su evolución. En el otro caso, no se ha podido valorar cómo sería su evolución, ya que tras el ingreso en UCE se decidió alta a domicilio por cuestiones familiares.
- Se hace fundamental estimular la participación e implicación del resto del equipo, de tal forma que se pueda recoger información desde diferentes ámbitos, permitiendo llevar a cabo una intervención multidisciplinar.
- Concluimos que es importante mantener este protocolo como herramienta clínica en la unidad y promover los espacios de discusión e intercambio de ideas/información entre los distintos profesionales. Se trata de un trabajo replicable, además de sostenible en el tiempo, sin un elevado coste y con mejoras en la calidad de la asistencia. Se trataría de continuar aplicando el protocolo, llevando a cabo el registro y las reuniones de equipo correspondientes para su cumplimentación y toma de decisiones. Además, sería interesante realizar un análisis sobre los efectos de su aplicación con una muestra más amplia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/886 ========== ***

Nº de registro: 0886

Título
PROTOCOLO PARA IDENTIFICACION DE SINTOMAS PRODROMICOS EN UME

Autores:
SANZ SANZ HELENA, SANCHO LANZAROTE MARIA JOSE, GALVEZ CALABRIA MARTA, ROBLES VALERO MARIA DEL CARMEN, ESPAÑOL ROSELL BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde la Unidad de Media Estancia (UME) del Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP) “Santo Cristo de los Milagros” de Huesca se detecta la necesidad de elaborar un protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos que oriente en la toma de decisiones terapéuticas y minimice los riesgos asociados. Se tratará de discernir el requerimiento de un ingreso en la Unidad de Corta Estancia (UCE) para tratamiento más intensivo, o bien el ajuste de tratamiento y medidas de contención que eviten dicho ingreso en UCE. Al tratarse de una unidad de puertas abiertas, con recursos materiales y personales limitados, es importante intervenir cuando

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0886

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO PARA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS PRODRÓMICOS EN UME

se produce una reagudización de cara a minimizar posibles riesgos derivados, como pueden ser: alteración de la convivencia con otros pacientes y su posible desestabilización, pasajes al acto con auto/heteroagresividad, empeoramiento clínico progresivo del paciente… En la actualidad no existen en la unidad ningún protocolo específico para identificación de pródromos. Consideramos que a través de esta herramienta se facilita la recogida de información procedente de cada uno de los ámbitos de tratamiento (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y auxiliar de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social…) y permite una toma de decisiones más ajustada a ese momento concreto del paciente evitando los riesgos ya mencionados y actuando de forma más ágil.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar protocolo para la identificación de síntomas prodrómicos con el objetivo de detectar el inicio de una descompensación psicopatológica y poder establecer la intervención más adecuada. La población diana será todos aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Media Estancia que presenten sintomatología sugestiva de fase prodrómica y que requieran una valoración para discernir la necesidad de ingreso en Unidad de Corta Estancia u otra medida terapéutica. El protocolo será aplicado por el equipo sanitario que trabaja diariamente con el paciente, cada uno desde sus competencias profesionales.

MÉTODO
- Revisión bibliográfica sobre síndromes prodrómicos (descripción, detección, naturaleza, curso…).
- Revisión de material publicado sobre evaluación de pródromos.
- Elaboración del protocolo.
- Elaboración del registro de casos.
- Presentación al resto del equipo asistencial.
- Puesta en marcha: aplicación sobre la población diana.
- Registro de: casos/intervención/resultado.
- Reuniones de trabajo: quincenal.

INDICADORES
Elaboración del protocolo de valoración de síntomas prodrómicos (sí/no).
Elaboración del registro de casos (sí/no).
Reunión con el resto del equipo asistencial (sí/no).
Implementación: aplicación del protocolo a pacientes con sintomatología sugestiva de fase prodrómica (100%).
Registro de casos: cumplimentación (100%).

DURACIÓN
- Marzo 2019: inicio revisión bibliográfica.
- Abril- junio 2019: elaboración del protocolo y del registro de casos.
- Junio 2019: reunión con el resto del equipo asistencial para dar a conocer el protocolo y el registro.
- Julio 2019: implementación del protocolo y cumplimentación del registro de casos.
- Noviembre 2019: valoración de resultados.
- Diciembre 2019: realización de memoria.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

## 1. TÍTULO

### MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA GARCIA PARDOS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL
CASASUS ESCUER ISABEL
MENE PEREZ MARTA
FELIPE LANUZA GEMMA
ASPIROZ GUILLEN EMMA
BUIL LORIENTE TERESA
ZAPATER OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El 12 de abril nos reunimos todo el equipo de mejora por primera vez para plantear las variables más importantes y que debían constar en la base de datos y tras debatirlas las aunamos en un documento.
Cada integrante del grupo se ha responsabilizado de un número de pacientes y de sus hojas de pautas para asegurar que estén incluidos el 100 % de los datos en el 100% de los pacientes. En un principio había 45 pacientes ingresados en la unidad de larga estancia. Los dividimos entre las dos enfermeras y las 5 TCAES, después todo el trabajo fue supervisado por las dos enfermeras y posteriormente por el psicólogo quien daría la última supervisión con nuevas aportaciones antes de empezar a utilizar estas pautas.
Los documentos de cada paciente están ubicados en una carpeta en soporte papel compartida por todo el equipo de profesionales de la ULE.
A medida que se han ido finalizando las pautas individuales de los pacientes se han ido comunicando en la reunión de las mañanas que tiene el equipo con los diferentes profesionales, se ha ido informando a todo el mundo en los cambios de turnos y hemos empezado a utilizarlas, además el psicólogo las lleva a las reuniones del PIR (PROYECTO INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN) para comentarlas con el resto del equipo terapéutico.
El 3 de junio realizamos una segunda reunión del grupo de trabajo de este proyecto para solucionar dudas o mejoras que fueron surgiendo, y se incorporó al grupo la TCAE Gloria Arner Moscoso colaborando activamente en este trabajo.
El 29 de octubre nos volvimos a reunir para revisar el proyecto.
A mediados de noviembre confeccionamos una encuesta de satisfacción que distribuimos a 23 profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nuestros objetivos eran:
1-Mejorar la accesibilidad rápida a la información, así como una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales y que el 100% de los pacientes tuvieran cumplimentada su hoja individual de pautas.
% de usuarios de ULE con hojas pautas generales cumplimentadas/todos los usuarios de ULE.
45/45=100%

En un principio había ingresados 45 pacientes, pero 2 fueron dados de alta y otra paciente falleció por lo que quedaron 42, a lo largo de este tiempo han ingresado 3 pacientes que hemos decidido incluir por lo que volvemos a tener 45 pacientes y EL 100% tienen completada su hoja de pautas.

2- Satisfacción por parte del personal (Medicina, Enfermería, TCAE) para evaluar su utilidad
% de médico y psicólogo que consideran útil esta información/totalidad de los médicos y psicólogo.
Resultado:
-el psiquiatra de la unidad revisa mensualmente las pautas de comportamiento,piensa que la actualización seria mas sencilla si se informatizará por lo que cree que el formato mas adecuado sería la informatización para permitir un acceso y actualización común y si que piensa que es muy útil para el trabajo diario.
El psicólogo es un miembro del grupo por lo que no ha realizado la encuesta de satisfacción.

% de enfermeros que consideran útil esta información/totalidad de los enfermeros.
Resultado:
-el 100% de los enfermeros consultan las pautas de comportamiento.
-Cuando nos referimos a si se entienden bien las indicaciones de las pautas, lo valoraron con una escala que va del 1 al 5, siendo 1 muy deficiente y 5 excelente. En este caso observamos que un 83,5% responde un 4 y un 16.5% un 5.
-el 100% responde afirmativamente al formato utilizado.
-en cuanto a la utilidad para el trabajo el 66,66% contesta con un 5,el 16,66% con un 4 y otro 16,66% con un 3 (escala anteriormente citada).

% de TCAES que consideran útil esta información/totalidad de los TCAES.
Resultado:
-En la primera pregunta vemos que el 93,75% suelen consultar las pautas frente a un 6.25% que nos sorprende que no lo haga.
-Cuando nos referimos a si se entienden bien las indicaciones de las pautas, lo valoraron con la escala citada anteriormente . En este caso observamos que un 12,5% ha contestado un 2, un 18,75% un 3, un 25% un 4, y un

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"**

31,25% un 5.
-Con respecto a la tercera cuestión un 87,5% contestan que les parece un formato adecuado frente a un 12,5% que no creen que lo sea.
-En la última pregunta, se les pregunto si serian útiles para su trabajo diario y un 25% contestaron un 3, un 18,75% un 4 y un 56,25% un 5.

Finalmente, en las sugerencias en general hemos recogido estos datos:
-La importancia de tener los datos actualizados
- Registrar el diagnostico medico
-Informatización

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos añadido al documento el diagnóstico del paciente ya que es un dato que tenemos que registrar en caso de fugas del paciente, caídas o incluso si precisa un ingreso en urgencias.
Durante todo este tiempo estamos viendo como las compañeras usan este formato con bastante frecuencia para resolver sus dudas sobre entre otras cosas qué actuaciones tienen que llevar a cabo con los diferentes pacientes.
Hemos decidido que cada vez que ingrese un paciente nuevo se cumplimentara su hoja individual de pautas.
Sería muy recomendable diseñar pautas generales para otra de las unidades del CRP, como es la unidad de Psicogeriatría, además esta información la está demandando el personal nuevo que viene a trabajar a estas unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1212 ========== ***

Nº de registro: 1212

Título
MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

Autores:
GARCIA PARDOS ANA MARIA, GARCIA GOMEZ MIGUEL ANGEL, CASASUS ESCUER ISABEL, MENE PEREZ MARTA, FELIPE LANUZA GEMMA, ASPIROZ GUILLEN EMMA, BUIL LORIENTE TERESA, ZAPATER OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un grupo de profesionales ha detectado la necesidad de desarrollar un instrumento ágil para el manejo diario de las pautas generales, no farmacológicas, de los diferentes pacientes ingresados en la unidad de larga estancia (ULE), de esta forma pensamos que con esta herramienta de trabajo mejoraremos la accesibilidad rápida a la información y habrá una mejor coordinación y comunicación entre los diferentes profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
1-Establecer las variables a registrar que permitan recabar toda la información necesaria
2-Diseñar una base de datos con pautas generales de todos los pacientes de ULE
3-Introducir las pautas generales de cada usuario de la ULE
4-Desarrollar una carpeta compartida donde pueda acceder todo el equipo de profesionales
5-Mantener actualizadas todas las pautas

MÉTODO
En una primera reunión plantearemos las variables a incluir en la base de datos, tras una decisión unánime de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1212

## 1. TÍTULO

### MEJORA DE LAS PAUTAS GENERALES EN LA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA DEL CRP "SANTO CRISTO DE LOS MILAGROS"

todo el grupo, ésta estará ubicada en una carpeta compartida por todo el equipo de profesionales de la ULE.
Cada integrante del grupo se responsabilizará de un número de pacientes y de sus hojas de pautas para asegurar que estén incluidos el 100 % de los datos en el 100%de los pacientes.
A medida que se vayan finalizando las pautas de los pacientes se irán comunicando en la reunión de las mañanas que tiene el equipo con los diferentes profesionales para que se vaya informando a todo el mundo en los cambios de turnos y poder empezar a utilizarlas.
Realizaremos una segunda reunión del grupo de trabajo de este proyecto para solucionar dudas o mejoras que vayan surgiendo y para la realización y distribución de una encuesta de satisfacción y una última reunión cuando todos los pacientes estén incluidos en la base de datos para hacer una evaluación de la misma ya que se pretende al año que viene realizarlo en la unidad de psicogeriatría y para ver los resultados de la encuesta.

INDICADORES
Este proyecto se evaluará mediante los siguientes indicadores:
-Creación de un documento estableciendo las variables (SI / NO)
-Diseño de la base de datos informatizada accesible a todo el personal de ULE (SI / NO)
-Disponer de archivador en papel accesible a todos (SI / NO)
-Realización de 3 reuniones al año (SI / NO)
-% de usuarios de ULE con hoja de pautas generales completadas/todos los usuarios de ULE. (100%)
-Encuesta de satisfacción al personal (Medicina, Enfermería, TCAE) para evaluar su utilidad (SI / NO)

DURACIÓN
ABRIL: Establecer variables a incluir en la hoja de pautas generales.
MAYO: Puesta en común con el resto del equipo de ULE y documento definitivo.
JUNIO- OCTUBRE: Introducir los datos de todos los pacientes de ULE.
Realización y distribución de la encuesta de satisfacción
NOVIEMBRE: Revisión de las hojas de pautas generales y resultados de la encuesta
DICIEMBRE: Finalización.

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 - 2019/1124

## 1. TÍTULO

## EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA DE LA FUENTE UTRILLA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ SANZ HELENA
ALEGRE GUERRA BEATRIZ
BAENA JIMENEZ NIEVES
BEJAR MARIN ENRIQUE
CARRERO BACIGALUPE ITZIAR
GRACIA MONTORI ESTHER
GALVEZ CALABRIA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado actividades físicas y/o deportivas adaptándose a las características de cada usuario, al tiempo atmosférico y a los diferentes recursos que se disponen en la comunidad y en el centro.

- Se llevan a cabo salidas a caminar diariamente, de aproximadamente 30 minutos, de todos los usuarios juntos, acompañados con el personal. De junio a septiembre se añadió un segundo paseo a caminar tras la cena, de duración también de unos 30 minutos.

- De junio a septiembre se acude a la piscina 2 veces por semana (lunes tarde y miércoles mañana), fomentando así tanto actividades deportivas como de ocio y en la comunidad (natación y ejercicio en el agua), en estas sesiones de piscina se fomenta ir o volver andando a la piscina, además de realizar ejercicios aeróbicos en el agua (nadar de diferentes maneras, andar en el agua, realizar saltos, estiramientos y ejercicios dinámicos de movimiento corporal).

- De enero a septiembre se estuvo realizando 1 sesión deportiva por semana (viernes por la mañana), de duración 45 minutos, actividad grupal, que consistía en un calentamiento y en realizar un deporte o juego lúdico-deportivo en grupo. En septiembre se inicia el programa de iniciación al running y se aumentan las sesiones. En septiembre esta sesión se quitó y se añadió las sesiones de running.

- Programa de iniciación al running, se comienza el 16 de septiembre y actualmente continua, y se establece 3 días por semana (lunes, miércoles y viernes) sesiones de 45 minutos, estas sesiones consisten primero en un calentamiento formado por ejercicios dinámicos en grupo y en ejercicios de movilización articular, posteriormente se realizan varios grupos para correr o caminar (dependiendo de la motivación y condición física), los grupos de correr se van alternando periodos de trote y periodos caminando para poco a poco ir aumentando resistencia y poder aumentar tiempo y recorrido más largos. Se finaliza las sesiones con estiramientos. Estas sesiones se realizan en colaboración con los alumnos de la universidad de ciencias de la salud y el deporte. Se añade como propuesta igual realizar alguna sesión en el gimnasio de la universidad para así motivarlos más.

- Durante todo el año, exceptuando un parón de junio a septiembre, se lleva a cabo una sesión a la semana (martes por la tarde) en el polideportivo Pio XII, donde se realiza con un monitor gimnasia de mantenimiento y prácticas de diversos deportes.

- Se intenta fomentar el deporte en recursos de la comunidad como son en la piscina o polideportivo Pio XII y en actividades deportivas sociales como son carreras, como ya se han realizado la marcha Aspace (mayo 2019) y la carrera contra el cáncer (octubre de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados obtenidos son los siguientes:
- El 68% de los pacientes han disminuido el Indice de Masa Corporal (IMC en adelante) tras la actividad física, por lo que han mejorado su salud física. El objetivo era mejorar la salud física, disminuyendo el IMC en un 20% de los participantes.

El Indicador del % de pacientes que disminuyen el IMC se fijó en el estándar, en un 20%, porque hay muchas otras variables difíciles de controlar (medicación, transgresiones dietéticas entre otras). Superando este porcentaje que se fijó.

Para calcular el porcentaje, el numerador ha sido el número de pacientes que han disminuido IMC tras un año o al alta y el denominador el número de pacientes que han participado en la actividad física.

- Se ha obtenido un ligero aumento, sin ser significativo, de la puntación global obtenida en la prueba de Screening de Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S); se objetiva una mejoría más acusada en las pruebas que evalúan memoria de trabajo y aprendizaje verbal.

Sin embargo, no se puede concluir que dicha mejoría sea atribuida exclusivamente a la práctica de ejercicio físico, sino que cabe esperar que sea el resultado de varios factores, incluyendo el ejercicio físico, que

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1124

## 1. TÍTULO

## EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

podrían afectar al funcionamiento cognitivo (por ejemplo, estabilización psicopatológica, taller de estimulación cognitiva, establecimiento de relaciones sociales…).

- Los pacientes están satisfechos con la actividad física. Rellenaron un cuestionario al comienzo del proyecto y al alta o al año del proyecto, observando en los resultados que están satisfechos, que se sienten mejor después de realizar la actividad física, que la principal razón por lo que les gusta realizar ejercicio físico es por salud, estar en forma y por pasar el tiempo de una forma diferente. En la mayoría de los pacientes el esfuerzo que les supone el ejercicio físico es menor que al principio, y cuando les cuesta mayor esfuerzo es debido a un empeoramiento de su situación psicopatológica. Destacando que cuando en algún periodo no han realizado ejercicio físico (como el periodo de navidad), lo han notado en su salud y querían volver a retomarlo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En conclusión, se observa que la práctica de la actividad física en este tipo de pacientes es beneficiosa, valorando este proyecto por sus resultados de forma positiva, adquiriendo en los pacientes una rutina de ejercicio mientras están en el centro, considerando interesante si se pudiera mantener la rutina diaria fuera del centro.

Dado a los resultados se establece el ejercicio físico como actividad regular del centro.
A través de la observación, se ha apreciado una mejora en las relaciones interpersonales, tanto a nivel de cuantitativo como cualitativo, suponiendo mayor comunicación y de forma más distendida entre compañeros, favoreciendo un sentimiento de cohesión grupal, esta apreciación desarrollar en posteriores estudios.

Sería recomendable en futuros estudios, poder comprobar con otros años anteriores, donde no se llevaba a cabo el proyecto de actividad física, si el porcentaje de pacientes que disminuyen su IMC es igual, superior o menor, porque así se comprobaría mejor el impacto de la actividad física en su salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1124 ========== ***

Nº de registro: 1124

Título
EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:
GALVEZ CALABRIA MARTA, SANZ SANZ HELENA, ALEGRE GUERRA BEATRIZ, MARGARETO CASQUETE ELENA, BAENA JIMENEZ NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP STO CRISTO DE LOS MILAGROS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con trastorno mental grave son mucho más sedentarios que la población en general (Stubbs B et al., Schizophr Res ; 171: 103). Esto conlleva un aumento de los trastornos cardiometabólicos con una reducción de la expectativa de vida. Por otra parte, estudios recientes, no todavía suficientemente contrastados, han sugerido que el ejercicio aeróbico potencia la neurogénesis, provocando una mejoría de los síntomas cognitivos y negativos (Panjonk FG et al. Arch Gen Psychiatry 2010; 64: 133-145).

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la salud física
Mejorar la función cognitiva
Mejorar los síntomas negativos
Mejorar los síntomas depresivos
Satisfacción con la actividad física

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1124

## 1. TÍTULO

### EJERCICIO FISICO AEROBICO EN LA REHABILITACION DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

MÉTODO
- Análisis de la conducta sedentaria al ingreso mediante el cuestionario de actividad física.
- Evaluación antropométrica de los pacientes: IMC, perímetro de cintura abdominal.
- Entrevista motivacional para potenciar el ejercicio físico.
- Iniciar una actividad física progresiva hasta alcanzar las recomendaciones de Consenso de la Organización Internacional de la Terapia Física en Salud Mental: 150 minutos de ejercicio físico por semana de ejercicio aeróbico (entre el 55-80% de la frecuencia cardíaca) repartidos en actividad física individualizada (fundamentalmente caminar cuatro veces a la semana), con una duración de 45 minutos, logrando que este ejercicio sea de tipo aeróbico. La medición de la frecuencia cardíaca sería manual y si es posible también con instrumentos como pulsímetros.
- Se hará un registro individual de la actividad física que tendrá la duración del tiempo que el paciente esté ingresado en la Unidad de Media Estancia.

INDICADORES
Disminuir el IMC y la cintura perimetral
Mediante el test de evaluación cognitiva de pacientes con el trastorno mental grave
Subescala PANSS negativo
Escala de Cagliari
Escala de satisfacción

DURACIÓN
Se hará durante 6 meses y se valorará la continuidad

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA**

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VICENTE COMPAIRED TURLAN
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA
NOGUERAS BRAVO ELISA
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE
ZAMORA MUR ALFREDO
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
MOYA PORTE TERESA
ZAZO ROMOJARO MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Febrero – junio de 2019:
- adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos.
- cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- ordenación del almacén de farmacia por principio activo.
- unificación de las fichas de los artículos a código H.
- revisión y configuración del módulo de Unidosis y Gestión del Sistema de Farmatools®.

Junio de 2019: formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

Octubre de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría B.

*Recursos materiales: carros de medicación y estantería de medicación para la preparación de los carros (estantería en “U”).
*Recursos humanos: un farmacéutico durante el proceso de implantación y un técnico de farmacia desde el inicio de la implantación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado la implantación la prescripción electrónica asistida y la distribución de medicamentos en dosis unitarias en la unidad de geriatría B (24 camas de geriatría de un total de 69).

De esta manera se consigue el objetivo propuesto:
- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría = 33%.
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría = 33%.

Para alcanzar este objetivo se han adecuado más de 1.400 fichas de medicamentos en el Maestro de artículos de Farmatools® y se han fusionado cerca de 350 fichas correspondientes al mismo principio activo, vía y forma farmacéutica pero correspondiente a otro código nacional y laboratorio proveedor.

Asimismo, se ha realizado el cambio de la descripción a principio activo en alrededor de 1.000 fichas de medicamentos y se ha ordenado el almacén por orden alfabético de principio activo.

La implantación en geriatría A y geriatría C no ha sido posible debido a la falta del número necesario de carros de medicación. En el momento en que se disponga de los recursos materiales necesarios se llevará a cabo su implementación de forma gradual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La DMDU ligada a la prescripción electrónica se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro.
La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento debe ser un objetivo prioritario en cualquier centro sanitario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/469 ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Nº de registro: 0469

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
COMPAIRED TURLAN VICENTE, CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, NOGUERAS BRAVO ELISA, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, ZAMORA MUR ALFREDO, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ZAZO ROMOJARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

PROBLEMA
La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento es un objetivo prioritario de la “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud”. Entre las prácticas más recomendadas se encuentran la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA), la validación de las prescripciones por el farmacéutico y la dispensación de los medicamentos en dosis unitarias (DMDU).
Actualmente, la prescripción en el centro es manual sin validación farmacéutica y la dispensación de medicamentos se realiza por reposición de botiquines.
Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación.
La DMDU ligada a la PEA permite, tras la validación de la prescripción médica por parte del farmacéutico, preparar desde el servicio de farmacia la medicación necesaria para cada paciente para un período de 24 horas.
Posteriormente, la medicación es enviada a las unidades de hospitalización donde será administrada al paciente por el personal de enfermería.
La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente y en el que cada fase del sistema es un control de la fase anterior, lo que permite minimizar los errores.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es la implantación de la prescripción electrónica asistida y de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría. Con la consecución de este objetivo se pretende:

- Disminuir los errores de medicación asociados al proceso farmacoterapéutico.
- Optimizar la terapia farmacológica del paciente ingresado.
- Favorecer la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Reducir el stock de medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Contribuir a un mejor control de los costes que favorezca el uso eficiente de los recursos sanitarios.

MÉTODO
- Adecuación de la base de datos de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools®.
- Cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- Unificación de las fichas de los artículos a Código H.
- Revisión y configuración del módulo de Unidosis de Farmatools®.
- Formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%.
-Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%

La consecución de estos objetivos dependerá de los recursos materiales y humanos disponibles.

DURACIÓN

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA**

- Febrero–mayo de 2019: adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos y configuración del módulo de unidosis.
- Mayo de 2019: formación del personal sanitario.
- Junio de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias.

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 - 2019/0469

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MONFORTE GASQUE
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABIA FERNANDEZ LAURA
COMPAIRED TURLAN VICENTE
MOYA PORTE TERESA
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE
SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA
BESCOS LATRE NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Abril 2019. Revisión de la bibliografía relativa a dispensación en dosis unitarias y prescripción electrónica.
Responsable: Vicente Compaired Turlán
Se llevó a cabo la revisión de la bibliografía disponible sobre unidosis y prescripción electrónica a través de Pubmed para poder tener los conocimientos teóricos de cuáles son las fases fundamentales para su implantación y correcto funcionamiento.
Algunas de las referencias bibliográficas consultadas fueron:
1. Errores de prescripción tras la implantación de un sistema de prescripción electrónica asistida. E. Delgado Silveira et al. Farm Hosp 2007; 31: 223-230
2. Evaluación de estudios prospectivos sobre errores de medicación en la prescripción: revisión sistemática. Rev Mex Cienc Farm 45 (1) 2014
3. Implantación de un programa de prescripción médica electrónica en un hospital. Farm Hosp Vol. 26. N.° 6, pp. 327-334, 2002
4. Nightingale PG, Adu D, Richards NT, Peters M. Implementation of rules based computerised bedside prescribing and administration: intevention study. BMJ 2000; 320: 750-3
5. Murray MD, Loos B, Tu W, Eckert GJ, Zhou XH, Tierney WM. Effects of computer-based prescribing on pharmacist work patterns. J Am Med Inform Assoc 1998; 5 (6): 546-53
6. Belles MD, Olivero JM, Castera E, Such I, Abad FJ. Integración del sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria en el sistema de información de la gestión hospitalaria. Farmacia Hospitalaria 1997; 21:157-61

2- Mayo-junio 2019. Reunión con supervisoras de planta y Jefe de Servicio de Geriatría.
Responsables: Vicente Compaired Turlán
Se realizaó una reunión inicial para poder establecer y definir los pasos necesarios para la implantación del sistema unidosis y prescripción electrónica en el hospital.
En esta reunión se decidió:
- Inicio prescripción electrónica en Geriatría B como unidad piloto y, posteriormente extensible a las otras dos unidades.
- Fecha de inicio: lunes 15 de julio 2019
- Se acuerda realizar formación la semana anterior al inicio.
- Se acuerda realizar el cambio a principio activo en las 3 unidades de hospitalización y revisar el pacto de Geriatría B.
3. Septiembre 2019: Reunión definitiva, configuración programa, elaboración de protocolos.
Responsables: Mª Pilar Monforte Gasque
Laura Cabia Fernández
Finalmente, no se pudo llevar a cabo la implantación del proceso en la fecha acordada en la primera reunión (15 julio 2019) debido al cambio de responsable de Farmacia.
Las actividades realizadas en este periodo fueron:
3.1. REUNIÓN: la primera semana de septiembre se realizó una nueva reunión en la que se definieron las fechas definitivas para la implantación del proceso y las fases en las que se iba a llevar a cabo:
- Fecha definitiva de implantación: 16 Octubre 2019
- Reunión para pacto definitivo del botiquín planta B: 2 Octubre 2019
- Modificación del botiquín de planta B: 14 Octubre 2019
Se definió también el cronograma de trabajo:
- Hora límite prescripción 13h.
- Hora límite validación del farmacéutico 13:30h.
- Preparación cambios y revisión de carros 14h-14:30h
- Salida de carros y envío a planta a las 14:30h.
- Los fines de semana se decide preparar el carro para 3 días. Queda pendiente definir la realización del carro de unidosis los días festivos.
3.2. ELABORACIÓN DE PNTs: se llevó a cabo la elaboración de Protocolos Normalizados de Trabajo relacionados con la implantación del proceso:
? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA MÉDICA EN DOSIS UNITARIA
? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA: ENFERMERÍA
? PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA MÉDICA: INGRESO, ALTA Y TRASLADO MANUAL

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA**

? INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA ELECTRÓNICA
? PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS
3.3. CONFIGURACIÓN PROGRAMA: se realizó la configuración de Farmatools Dominion (módulo unidosis). Se definieron: formas farmacéuticas, vías de administración, secuencias horarias, pautas, medicamentos de stock de botiquín, habitaciónes, condiciones especiales de dispensación, etc.

3.4. CREACIÓN DEL ÁREA UNIDOSIS EN EL SERVICIO DE FARMACIA:
- Disposición espacial del área de unidosis dentro del Servicio de Farmacia.
- Elaboración de presupuestos para la compra de cajetines abatibles para poder almacenar la medicación de unidosis.
4. Octubre 2019: Formación e implantación del proceso
4.1. FORMACIÓN: se realizaron 4 sesiones de formación de 4 horas de duración cada una de ellas para el personal: 1 sesión para médicos, 2 sesiones para enfermería y 1 sesión para el personal de Farmacia.
En ellas se explicó: las bases metodológicas de los procesos, importancia y ventajas de su implantación, funciones del personal dentro del proceso y una parte práctica sobre el funcionamiento y manejo del programa.
4.2. IMPLANTACIÓN: el día establecido en la segunda reunión se llevó a cabo la implantación de la prescripción electrónica y dispensación en dosis unitarias.
5. Noviembre: revisión del proceso de implantación y desarrollo
Se realizaron modificaciones en la configuración del programa:
- Secuencias horarias adaptadas a los horarios del hospital
- Medicamentos de stock de botiquín: todos los medicamentos prescriptos “si precisa” pasan a configurarse de stock para que no se dispensen en el carro de unidosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde la implantación del sistema de dosis unitarias y prescripción electrónica se ha validado la prescripción de 226 pacientes durante este periodo.
Se han realizado intervenciones farmacéuticas debido a: suspensión de tratamiento, adecuación de la prescripción, cambio de vía de administración, ajuste a función renal, intercambios terapéuticos y discrepancia en la prescripción.
Resultados de los indicadores:
- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el Servicio Geriatría.
Fuente de datos: Farmatools®
Objetivo: 33%
RESULTADO: 33% (pacientes ingresados en planta de hospitalización B)
- Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría.
Fuente de datos: Farmatools®
Objetivo: 33%
RESULTADO: 33% (pacientes ingresados en planta de hospitalización B)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha realizado la implantación del proceso en una de las plantas de hospitalización durante el año 2019. Este sistema supone una mejora en la calidad de la atención farmacoterapéutica de los pacientes ingresados, una disminución de los errores de medicación y la optimización de la terapia farmacológica.
Sería conveniente la extensión del sistema al resto de plantas de hospitalización, consiguiendo que se implantase en el 100% de los pacientes. Sin embargo, esto no es posible actualmente debido a la falta de recursos materiales, y fundamentalmente de recursos humanos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/469 ========== ***

Nº de registro: 0469

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Autores:
COMPAIRED TURLAN VICENTE, CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, NOGUERAS BRAVO ELISA, GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, ZAMORA MUR ALFREDO, SANJOAQUIN ROMERO ANA CRISTINA, MOYA PORTE TERESA, ZAZO ROMOJARO MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La implantación de prácticas seguras en el uso del medicamento es un objetivo prioritario de la "Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud". Entre las prácticas más recomendadas se encuentran la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA), la validación de las prescripciones por el farmacéutico y la dispensación de los medicamentos en dosis unitarias (DMDU).
Actualmente, la prescripción en el centro es manual sin validación farmacéutica y la dispensación de medicamentos se realiza por reposición de botiquines.
Mediante la PEA se consigue estandarizar las prescripciones y se facilita la validación farmacéutica, lo que ha demostrado reducir el número de errores de medicación.
La DMDU ligada a la PEA permite, tras la validación de la prescripción médica por parte del farmacéutico, preparar desde el servicio de farmacia la medicación necesaria para cada paciente para un período de 24 horas.
Posteriormente, la medicación es enviada a las unidades de hospitalización donde será administrada al paciente por el personal de enfermería.
La DMDU se considera el sistema de dispensación de medicamentos más seguro ya que permite que todas las personas implicadas en el cuidado del enfermo conozcan de forma clara la terapéutica del paciente y en el que cada fase del sistema es un control de la fase anterior, lo que permite minimizar los errores.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto es la implantación de la prescripción electrónica asistida y de un sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias en el servicio de geriatría. Con la consecución de este objetivo se pretende:

- Disminuir los errores de medicación asociados al proceso farmacoterapéutico.
- Optimizar la terapia farmacológica del paciente ingresado.
- Favorecer la integración del farmacéutico en el equipo multidisciplinar.
- Facilitar la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Reducir el stock de medicamentos en las unidades de hospitalización.
- Contribuir a un mejor control de los costes que favorezca el uso eficiente de los recursos sanitarios.

MÉTODO
- Adecuación de la base de datos de medicamentos del Maestro de artículos en el programa Farmatools®.
- Cambio de la denominación de los medicamentos a principio activo.
- Unificación de las fichas de los artículos a Código H.
- Revisión y configuración del módulo de Unidosis de Farmatools®.
- Formación del personal médico y de enfermería en el manejo del programa informático Farmatools®.

INDICADORES
-Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica frente al total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%.
-Porcentaje de pacientes con SDMU sobre el total de pacientes ingresados en el servicio de geriatría. Objetivo = 33%

La consecución de estos objetivos dependerá de los recursos materiales y humanos disponibles.

DURACIÓN
- Febrero–mayo de 2019: adecuación de la base de datos de medicamentos en el Maestro de artículos y configuración del módulo de unidosis.
- Mayo de 2019: formación del personal sanitario.
- Junio de 2019: inicio de la prescripción electrónica asistida y distribución de los medicamentos en dosis unitarias.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados
---
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0469

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA Y DEL SISTEMA DE DISPENSACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIAS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA**

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019**

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN MARINA CASTIELLA GARCIA
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COMPAIRED TURLAN VICENTE
BESCOS LATRE NATALIA
CEBRIAN MANERO ANA
GRACIA BENITO ANGELA CARMEN
MONFORTE GASQUE MARIA PILAR
CABIA FERNANDEZ LAURA
ZAMORA MUR ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Por un lado, se revisan todas las fichas de los medicamentos activos en el maestro (Farmatools®). Se cambia la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo y el código nacional asociado por el código de identificación común para hospitales en Aragón. Se actualiza dosis, unidad de medida, forma, dosis máxima, grupo terapéutico, vía de administración, ubicación. Además, se fusionan fichas con el mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica, de los diferentes laboratorios a los que se ha comprado el medicamento.
Por otro lado, se reordena el almacén del Servicio de Farmacia por orden alfabético de principio activo; hasta ahora, por nombre comercial. Se elaboran y reparten en Farmacia y en las diferentes unidades, listados con la correspondencia entre principios activos y nombres comerciales disponibles.
El calendario marcado se ha cumplido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 4 meses se revisan 1.413 fichas. Tras la fusión de varias de ellas entre sí, correspondientes al mismo medicamento pero de diferente laboratorio, y tras dar de baja las presentaciones ya no disponibles, se registran 1.015 fichas de medicamentos actualizadas.
Se reordena el almacén por orden alfabético de principio activo. Por espacio y organización, se separan en el almacén, aunque siguiendo el mismo criterio de orden, las formas inyectables, medicamentos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital, colirios e inhaladores, jarabes y cremas. Para todos los medicamentos en farmacia se diseñan nuevas etiquetas.
La elaboración y difusión de los listados con la correspondencia entre principio activo y nombre comercial, facilita la realización de los pedidos por supervisión de enfermería y su preparación en farmacia.
En cuanto a los indicadores (elaboración propia según objetivo deseado):
-Porcentaje de medicamentos descritos por principio activo. Objetivo 100%. Conseguido
-Porcentaje de medicamentos revisados. Objetivo 100%. Conseguido
-Porcentaje de fichas de medicamentos modificadas sobre las que requieren alguna actualización de información. Objetivo 100%. Conseguido.
-Reordenación del almacén de farmacia por orden alfabético de principio activo. Sí/no.Sí

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la actualización de las fichas, la base de datos está preparada para empezar con la prescripción electrónica en el Hospital, garantizando la seguridad.
El orden por principio activo favorece una mayor calidad en la gestión del stock en farmacia; evita duplicidades y agiliza inventarios.
Lecciones aprendidas: la mejora en la organización del Servicio de Farmacia facilita el trabajo de profesionales y aumenta la eficiencia y seguridad del paciente reduciendo el riesgo de error.

7. OBSERVACIONES.
La coordinadora del proyecto Carmen Marina Castiella García, en el momento actual se encuentra trabajando en el Hospital de Barbastro. Se han añadido como miembros del proyecto a Pilar Monforte, Laura Cabia y Alfredo Zamora por su incorporación al equipo después del plan inicial, sustituyendo a Elisa Nogueras, María Jose García y Begoña Ayala.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/471 ========== ***

Nº de registro: 0471

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019**

Título
MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN

Autores:
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA, COMPAIRED TURLAN VICENTE, NOGUERAS BRAVO ELISA, GRACIA BENITO ANGELA CARMEN, GARCIA VARONA MARIA JOSE, CEBRIAN MANERO ANA, BESCOS LATRE NATALIA, AYALA LOPEZ BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

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

PROBLEMA
En la actualidad, gran parte de los medicamentos utilizados en el Hospital están registrados en el sistema de gestión del Servicio de Farmacia y ordenados por orden alfabético en el almacén, por nombre comercial (en vez de por principio activo), con su correspondiente código nacional como código asociado. Esto supone un problema para la implantación de la prescripción electrónica, con la que se pretende comenzar próximamente. Además, en muchos casos, existen varias fichas para un mismo principio activo, dosis y forma farmacéutica como consecuencia de haber tenido que pedir a lo largo del tiempo, el mismo medicamento a diferentes laboratorios, creando un registro nuevo por cada laboratorio diferente al que se ha solicitado la medicación. Este hecho dificulta la gestión de los pedidos así como del inventario real de la farmacia.

RESULTADOS ESPERADOS
-Actualizar en el maestro de artículos (Farmatools®) la información de las fichas de cada medicamento empleado en el Hospital (principio activo, dosis, vía de administración, forma farmacéutica y grupo terapéutico).
-Disponer de una ficha por especialidad farmacéutica con el código de identificación común para hospitales de Aragón, en la que se incluyan las distintas ofertas y donde poder consultar los movimientos de dicho medicamento independientemente del proveedor.
-Ordenar el almacén de Farmacia siguiendo el orden alfabético de los principios activos.
-Implementar la petición de medicamentos por parte de los servicios, por principio activo.

MÉTODO
-Reparto de listados con los nombres comerciales de los medicamentos y sus correspondientes principios activos a las diferentes unidades y explicación de los mismos.
-Revisión de todas las fichas activas del maestro de artículos del Servicio de Farmacia.
-Cambio de la descripción de todos los medicamentos de nombre comercial a principio activo.
-Unificación y fusión de fichas, cambiando el código nacional por el código H, sistema unificado de códigos de medicamentos en Aragón.
-Revisión de dosis, forma farmacéutica, grupo terapéutico y vías de administración de cada medicamento para actualizar y adecuar la base de datos.
-Reordenación del almacén del Servicio de Farmacia, siguiendo orden alfabético de principio activo e identificación con nuevo etiquetado.

INDICADORES
-Porcentaje de medicamentos descritos por principio activo. Objetivo 100%.
-Porcentaje de medicamentos revisados. Objetivo 100%
-Porcentaje de fichas de medicamentos modificadas sobre las que requieren alguna actualización de información. Objetivo 100%
-Reordenación del almacén de farmacia por orden alfabético de principio activo. Sí/no.
-Reetiquetado de los medicamentos por principio activo. Sí/no.

DURACIÓN
Enero: reparto de los listados con nombre comercial y principio activo a las plantas e información del plan a seguir.
Enero-mayo: revisión de todas las fichas de medicamentos y actualización de las mismas.
Mayo: cambio de orden del almacén del Servicio de Farmacia y reetiquetado.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0471

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ORGANIZACION DEL SERVICIO DE FARMACIA: CAMBIO A DENOMINACION POR PRINCIPIO ACTIVO Y ACTUALIZACION DE FICHAS DE MEDICAMENTOS EN EL PROGRAMA DE GESTION. REORGANIZACION DEL ALMACEN 2019**

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

## 1. TÍTULO

## ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

Fecha de entrada: 27/12/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
UBIS DIEZ ELENA
PERALTA GASCON ISABEL
GOMEZ SUGRAÑES JUAN
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diciembre 18- febrero 19: Geriatra y enfermera de la unidad de valoración que desarrollan su labor asistencial en el Hospital S Jorge, realizan el protocolo de selección y valoración del paciente anciano tributario de atención (mayor de 80 años con fragilidad - Indice de fragilidad VIG > 0,20). Se tienen en cuenta otros aspectos como multimorbilidad, polimedicación, situación funcional, cognitiva y social, valoración nutricional y presencia de síndromes geriátricos.
Se excluyen del protocolo herniorrafías y cirugía menor. Se incluyen pacientes que precisan cirugía programada y patologías quirúrgicas pero que no precisan intervención en ese momento (colecistitis, obstrucciones, traumatismos..)

Enero 19: Presentación en sesión clínica del Servicio de Cirugía de H S Jorge., dónde se consensúan algunos aspectos

Marzo 19: elaboración del formato de base de datos de los pacientes valorados.

Julio 19: Primer análisis de los datos obtenidos. EN este análisis se evidenció que alguno de los indicadores diseñados excesivamente laborioso (búsqueda en historia clínica en papel de todos los pacientes atendidos) proporcionalmente a la información que proporcionaba. Se diseñaron indicadores nuevos, más sencillos y que aportaban información más relevante para el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR 1:% pacientes trasladados a HSCJ (Geriatria) desde el S. Cirugía H.S. Jorge
estándar: 20%
Comentario: Se trasladará pacientes que presenten criterios geriátricos definidos con anterioridad y consensuados con S Cirugía
Denominador: Pacientes geriátricos ingresados en Cirugía: 91
Numerador: Pacientes trasladados a geriatría de los pacientes geriátricos ingresados en cirugía:18
Aclaraciones: Los pacientes presentarán al menos uno de estos criterios: > 80 años,índice de fragilidad > 0,2
Fuente: Base de datos propia de la Unidad de Valoración Sociosanitaria
Resultado: 19,78%

INDICADOR 2: % de ancianos atendidos por la Unidad de Valoración ingresados en cirugía
Estándar: 90%
Comentario: se considera paciente tributario de atención por la Unidad de Valoración Sociosanitaria a los pacientes >80años ingresados para intervención quirúrgica
Denominador: Pacientes > 80 años ingresados para cirugía(91)
Numerador: Pacientes > 80 años atendidos por la unidad de valoración (91)
Aclaración: Se excluyen pacientes > 80 años sin comorbilidad
Fuente: Base de datos propia de la Unidad de Valoración Sociosanitaria Resultado: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Se ha conseguido mejorar la continuidad asistencial del paciente anciano quirúrgico de riesgo, agilizando y haciendo el traslado más precozmente con lo que uno de los objetivos fundamentales que es la mejora de la funcionalidad, se ve cumplido (objetivado con el índice de Barthel previo, al ingreso y al alta)
- Se ha realizado un trabajo interdisciplinar y coordinado entre especialidad médica y quirúrgica
- Sería recomendable la valoración prequirúrgica de la fragilidad en pacientes oncológicos tributarios de tratamiento quirúrgico, para conseguir una adecuada prehabilitación.

7. OBSERVACIONES.
Sería aconsejable la extensión del proyecto a otros Servicios quirúrgicos (urología, orl…) condicionado a la existencia de profesionales para realizarlo.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/27 ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

## 1. TÍTULO

## ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO

Nº de registro: 0027

Título
ATENCION INTERDISCIPLINAR PERIQUIRURGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRURGICO DE RIESGO

Autores:
GALINDO ORTIZ DE LANDAZURI JOSE, SARVISE LACASA FERNANDO, GOMEZ SUGRAÑES JUAN RAMON, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Procesos subsidiarios de tratamiento quirúrgico
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es un hecho de gran transcendencia a nivel social el envejecimiento de la población, pero hay sectores en los que esté proceso tiene una mayor repercusión, siendo el sanitario probablemente en el de mayor impacto tenga, ya que además del incremento del uso de servicios debido al mayor porcentaje de personas de edad le debemos añadir que la edad es un importante factor de riesgo de patología quirúrgica. La innovación tecnológica en las últimas décadas ha permitido tratar quirúrgicamente una amplia gama de procesos que anteriormente era impensable, actualmente la complejidad radica en gran medida en los pacientes, y sobre todo en los pacientes ancianos, que antes ni se planteaba la posibilidad quirúrgica y hoy en día pueden suponer casi el 50% de las intervenciones.
Los ancianos son un grupo de población con una variabilidad enorme, encontrándose desde el anciano robusto con un buen estado físico y psíquico y una cobertura social excelente de una edad de 90 años, hasta el anciano con elevada comorbilidad, polimedicado, con algún grado de discapacidad, deterioro cognoscitivo y pobre soporte social, de una edad mucho más temprana. Esas circunstancias generan un impacto elevado en su capacidad de respuesta al estrés quirúrgico y por tanto una mayor vulnerabilidad a experimentar complicaciones graves, consiguiendo pobres resultados pese a la técnica experimentada.
Todo esto hace que la asistencia a las personas mayores sea mucho más compleja, y ya no es suficiente asegurar la mejor anestesia y técnica quirúrgica posibles, una estabilización hemodinámica en la reanimación y la prevención de procesos infecciosos o tromboembólicos, además es preciso identificar a los que presentan un mayor grado de fragilidad y realizar una correcta prevención y abordaje precoz del deterioro funcional y de los síndromes geriátricos que aparecen en el postoperatorio inmediato, lo que induce a una forma de trabajo diferente a la actual si se quiere optimizar y afinar los cuidados en las personas mayores, desarrollando un trabajo en equipo entre diversos profesionales (cirujanos, anestesistas, geriatras,…).

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la asistencia del paciente anciano frágil quirúrgico mediante una adecuada toma de decisiones, la optimización previa a la cirugía, la prevención y abordaje precoz de complicaciones, el mantenimiento de la función, y la gestión del caso.

MÉTODO
Se va a realizar un trabajo en dos escenarios con dos tipos distintos de pacientes:
1. Atención en Consultas externas de geriatría de aquellos pacientes > de 75 años programados para cirugía que cumplan al menos dos de los siguientes criterios:
Cardiopatia (IAM, insuficiencia cardiaca, arritmias…)
Neumopatía (EPOC; insuficiencia respiratoria
Deterioro cognitivo o antecedentes de sd confusional agudo
Polimedicación: (> 5 fármacos entre ellos anticoagulantes…)
Problemas de movilidad (escaleras, transferencias, ayudas técnicas…) o caídas en último año
Estos pacientes serán derivados a las CC EE de geriatría del Hospital Sagrado Corazón de Jesús y valorados en el plazo de una semana, detectando todos aquellos procesos que pudieran contraindicar de forma relativa o absoluta la cirugía y en caso necesario adecuar al paciente para poder minimizar los riesgos quirúrgicos.
2. Atención en la hospitalización del Servicio de Cirugía de aquellos pacientes que ingresan de forma urgente y presentan al menos uno de los siguientes criterios:
>80 años
Fragilidad (Índice de Fragilidad VGI >0,2)

INDICADORES
- % de pacientes atendidos del total de pacientes tributarios de atención
- % de pacientes trasladados desde el Servicio de Cirugía del Hospital San Jorge al Hospital Sagrado Corazón de Jesús

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0027

## 1. TÍTULO

**ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR PERIQUIRÚRGICA AL PACIENTE ANCIANO QUIRÚRGICO DE RIESGO**

DURACIÓN
El inicio de la colaboración será desde el 1 de marzo de 2019, con una duración indefinida en dependencia de los resultados marcados por los indicadores.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS**

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONICA IBOR MARCUELLO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA LOPEZ BEGOÑA
CHARTE GASCON MARTA
JAL DOMINGUEZ YOLANDA
NOVA ABADIAS SONIA
LABORDA SANVICENTE MARIA DOLORES
PUEYO MOI MARIA ISABEL
BLANCO LAIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el mes de febrero hasta abril se han mantenido numerosas reuniones entre el Servicio de Enfermería geriatría con el Servicio de Cocina y con Logopedia (rehabilitación).
- En primer lugar se trabajaron la dieta basal con el servicio de cocina y las dietas disfágicas con el servicio de cocina.
- Se fueron desglosando las dietas terapeúticas en cascada (todas las que se decidió definir por consenso de la comisión y teniendo la tipología del paciente ingresado en el Hospital y las más utilizadas)
- Ha habido múltiples dificultades en principio porque se intentó adaptar dietas del hospital general, pero hubo que readaptarlas por el tipo de paciente.
- A lo largo del año ha habido muchísimo cambio de personal en cocina y también e enfermería. Añadido a un problema intrínseco en la propia cocina, que propició un cambio importante en algunos de los menús por incorporación de nuevos productos nutricionales. Esto obligó a rehacer algunas de las dietas en varias ocasiones.
- El servicio de informática ha empezado a trabajar en la informatización del programa, y en las instrucciones para su uso para personal de cocina, las unidades de enfermería y logopedia. Se ha procedido a crear los usuarios, permisos(con las indicaciones de los profesionales indicados)
- Se ha creado un manual visual y didáctico para los profesionales que van a utilizar la aplicación y un resumen práctico del mismo
- Se ha planificado la formación del personal de enfermería, logopedia y cocina para el buen uso de la aplicación, aunque aún no se ha realizado.
- Una vez realizada la formación, y superadas la dificultades de coordinación con cocina (es necesario preveer las compras según los nuevos menús) se tiene previsto empezar a lo largo del primer trimestre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha avanzado en el proyecto, pero por las dificultades imprevistas (humanas y materiales), han dado lugar a un retraso en su implementación total.
Se tiene lista la parametrización de todas las dietas.
La formación está planificada y se va a realizar en breve plazo
Las encuestas previas están recogidas y valoradas, pero faltan las finales
No se han podido concretar los indicadores que se medirán después del primer trimestre del año
Por estas razones se realiza esta memoria de seguimiento, teniendo prevista la finalización del proyecto en 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios proyectados hubieran necesitado para su puesta en marcha, más personal (enfermería y cocina) y menos rotación del personal existente.

7. OBSERVACIONES.
Se va a intentar planificar una rotación más amplia de las semanas de las que consta cada menú

*** ========== Resumen del proyecto 2019/949 ========== ***

Nº de registro: 0949

Título
MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

Autores:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS

IBOR MARCUELLO MONICA, AYALA LOPEZ BEGOÑA, CHARTE GASCON MARTA, GARCIA CORTES MONICA, JAL DOMINGUEZ YOLANDA, NOVA ABADIAS SONIA, PUEYO MOI MARIA ISABEL, BLANCO LAIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Síndromes geriátricos
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Partimos de un trabajo manual por tarjetas y una dificultosa coordinación y comunicación con el resto de servicios implicados en la elaboración de los menús. Se cree conveniente realizar una mejora del sistema, procediendo a la revisión, valoración, elección y adaptación de las diferentes dietas, teniendo en cuenta las particulares necesidades de los pacientes atendidos (pacientes geriátricos, pacientes con problemas de dentición, de disfagia, con diferentes patologías, ….entre otras). Se observa la necesidad de contar con una aplicación informática para apoyar el trabajo diario en las unidades de enfermería en la gestión de dietas hospitalarias. Nuestro Hospital va a implementar el programa informático Dietools, como herramienta de trabajo para conseguir una mejora en la gestión específica de dietas del HSCJ.

RESULTADOS ESPERADOS
1- Implementar el programa informático de dietas, como método de trabajo para una buena gestión de las mismas en el HSCJ.
2- Valorar, elegir y adaptar las diferentes dietas al tipo de paciente atendido en el HSCJ
3.- Mejorar la seguridad del paciente, la eficiencia y en consecuencia, la calidad asistencial

MÉTODO
- Colaboración en la puesta en funcionamiento del programa entre el servicio de informática, cocina, las unidades de enfermería y logopedia.
- Automatización en la petición de las dietas.
- A nivel Informatico:

Creación de usuarios, permisos, agendas, menús (con las indicaciones de los profesionales indicados)
Posibilidad de conectarlo con otras aplicaciones (Independencia de Bases de Datos, Integración con HIS)
Exportación de todos los listados e informes a Excel
Creación de un manual visual y didáctico para los profesionales que van a utilizar la aplicación y un resumen práctico del mismo

- Apoyo en la formación del personal de enfermería, logopedia y cocina para el buen uso de la aplicación. (por el servicio de Informática)
- Elección de una dieta basal equilibrada, acorde con las especiales características del paciente atendido en nuestro centro.
- Definición y desarrollo de las dietas terapéuticas necesarias para dichos pacientes, unificando criterios entre los miembros del equipo multidisciplinar.

INDICADORES
1- Aumento en la seguridad del paciente: El número de errores en la petición de dietas solicitadas en un año será menor a un 5%.
2- Más de un 80% del personal involucrado (Médicos, enfermería, tcae)asiste a las sesiones de formación para conocer y manejar el aplicativo. (Implicación del Servicio informática)
3- Aumento en un 20% en la satisfacción de los pacientes al alta hospitalaria con respecto a los meses previos a la implantación del programa y las nuevas dietas, mediante las encuestas de satisfacción entregadas a los pacientes.

DURACIÓN
Primer trimestre 2019: revisión, valoración y elección de menús.
Segundo trimestre 2019: adaptación de las dietas terapéuticas e inserción en la aplicación informática.
Segundo y Tercer trimestre 2019: Formación de los profesionales implicados.
Tercer-Cuarto trimestre 2019: Comienzo en el uso del programa informático

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0949

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN LA DIETA DE LOS PACIENTES GERIATICOS EN EL HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS, UTILIZANDO DIETOOLS COMO HERRAMIENTA DE GESTION DE DIETAS**

---

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 - 2019/0293

## 1. TÍTULO

## REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... PAZ CRISTINA SANCHEZ LECINA
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA GERIATRICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FORNIES ANA
DOZ SAURA NIEVES
QUILEZ PINA RAQUEL
MARTINEZ MALO INMACULADA
OTAL PUEYO ELENA
GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE
ZAMORA SIERRA VANESKA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En el primer trimestre de 2019 se realizó una guía de consejos, indicaciones y contraindicaciones para realizar las actividades de la vida diaria sin riesgo para el paciente que ha sufrido una intervención de fractura de cadera y que acude a Hospital de día de Geriatría para continuar tratamiento. La guía se basó en una revisión bibliográfica previa y en la experiencia profesional propia
- Médico y enfermería de Hospital de día realizan seguimiento de la intervención quirúrgica, incluyendo la retirada de grapas, curas de herida...
- Se realizó un plan de entrenamiento a pacientes en la realización de las actividades de la vida diaria, evitando gestos contraindicados, asesorando ayudas técnicas y enseñando ejercicios indicados para la recuperación funcional tras la intervención quirúrgica.
-Se asesoro a las familias, entregando la guía de recuperación funcional de cadera, se recomendó adaptaciones para el entorno y se aconsejó ayudas técnicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se realizó una hoja excell para el registro específico de datos de pacientes de hospital de día con patología de cadera. Se han registrado 29 pacientes durante el 2019.
% pacientes que acuden a hospital de día y aprenden las AVD (se considera que han aprendido las AVD cuando son capaces de calzarse de forma autónoma):
27 /29 = 93 %
% de cuidadores /familiares /usuarios a los que se les ofrece la guía, con la explicación pertinente y la aceptan: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El porcentaje de pacientes que ha sido capaz de aprender AVD de extremidad inferior tras la fractura de cadera, con el plan de entrenamiento en el propio hospital de día y la guía de recomendaciones para su domicilio, ha sido muy elevado. No tenemos datos de años anteriores, antes de realizar la guía, por lo que no podemos conocer con exactitud la diferencia en cuanto a los resultados.
Las familias / cuidadores de los usuarios aceptan la guía, pero mejoraría los resultados si acudieran a sesiones de entrenamiento de forma conjunta con el paciente.
Como área de mejora, se plantea hacer una pregunta / encuesta cuando acuden a la consulta del geriatra, acerca de la utilidad que les ha supuesto la guía de recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/293 ========== ***

Nº de registro: 0293

Título
REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Autores:
SANCHEZ LECINA PAZ CRISTINA, LOPEZ FORNIES ANA, DOZ SAURA NIEVES, QUILEZ PINA RAQUEL, MARTINEZ MALO INMACULADA, OTAL PUEYO ELENA, GRASA FERNANDEZ MARIA JOSE, ZAMORA SIERRA MARIA VANESCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0293

## 1. TÍTULO

### REGISTRO Y GUIA PARA LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LAS PATOLOGIAS DE CADERA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍAS DE CADERA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El equipo de trabajo del Hospital de Día de Geriatría (HDG) atiende a pacientes para la recuperación funcional. La patología en la que se centra nuestro trabajo es la rehabilitación funcional tras la intervención de cadera. Éstos pacientes provienen fundamentalmente de hospitalización de Geriatría y de la Unidad de Valoración Socio Sanitaria (UVSS) ubicada en el Hospital San Jorge (Servicio de Traumatología), otros provienen de Atención Primaria previamente valorados en nuestra consulta de valoración. En el Hospital de Día de Geriatría se realiza una valoración Geriátrica integral (VGI) donde se valora la capacidad funcional y actividades de la vida diaria (AVD) que realiza cada paciente y a partir de ella se dirigen los objetivos a trabajar con ese paciente. Ésta patología es cada vez más frecuente y una de las que genera más dependencia tras una intervención quirúrgica. Algunos movimientos que se realizan en las A.V.D pueden estar contraindicados tras una intervención de cadera, un entrenamiento específico sobre cómo debe de realizar las AVD, facilita la autonomía a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo Principal:
Mejorar la recuperación funcional de los pacientes con patología de cadera.
Objetivos específicos:
- Informar a usuarios y entrenarlos en las AVD para evitar movimientos que ponen en riesgo la prótesis.
- Informar a familiares la técnica para realizar las AVD a los usuarios de forma funcional

MÉTODO
- Diseño de una guía de ejercicios, indicaciones y contraindicaciones.
- Seguimiento médico y de enfermería tras la intervención quirúrgica.
- Entrenamiento a pacientes en A.V.D de forma segura evitando contraindicaciones.
- Información a familiares de indicaciones y contraindicaciones en la realización de A.V.D
- Asesorar a familiares en la adaptación del entorno y recomendación de ayudas técnicas.

INDICADORES
1. Porcentaje de pacientes que acuden a H.D.G con patología de cadera y aprenden el manejo de las A.V.D.
2.Elaboración y diseño de la guía para la recuperación funcional tras ser intervenido de fractura de cadera
3. Porcentaje de cuidadores/ familia/usuarios que se les ofrece la guia con patologia de cadera.
4. Porcentaje de familias que aprenden junto con los pacientes actividades indicadas y contraindicadas

DURACIÓN
- Abril- Mayo Creación de guía para la recuperación funcional tras la intervención de cadera
- Enero-Diciembre creación de un registro de los datos necesarios para la elaboración de indicadores.
- Mayo -Diciembre Puesta en práctica de la guía.
- Diciembre Evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0142

## 1. TÍTULO

## IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LETICIA GALAN LATORRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITAL DE DIA PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTRADA FERNANDEZ MARIA EUGENIA
LACAL ALEJANDRE LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Revisión bibliográfica acerca de los componentes terapéuticos de cambio. Febrero de 2019
-Observación y sondeo (a través de las intervenciones de los pacientes) de los aspectos relacionados con el cambio. Febrero de 2019
-Confección del cuestionario teniendo en cuenta la bibliografía y los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes ingresados. Febrero de 2019
-Administración del cuestionario. A partir de marzo de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Al inicio las expectativas de los pacientes son superiores a 4 (ítems de 1 a 5).
-Las expectativas de los pacientes, en general, son similares a lo que al alta perciben como importante en su mejoría: relevancia de las actividades en grupo, disponibilidad y acceso respecto a los componentes del equipo, atención individualizada a sus necesidades, tratamiento farmacológico y otros.
-No se observa distinción entre las expectativas acerca de los beneficios entre tratamiento farmacológico y abordaje psicoterapéutico.
-Sorprende la poca esperanza de atención y apoyo familiar en la mayoría de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Como conclusión principal a tenor de los resultados, se observa la necesidad por parte de los pacientes de obtener mayor atención en su entorno familiar; aspecto que deberemos mejorar.
Por otro lado, como factor principal del cambio experimentado se ratifica la importancia del grupo terapéutico, al mismo nivel que otro tipo de intervenciones, entre ellas la farmacológica.
Se constata la satisfacción y utilidad del recurso por parte de los pacientes ingresados.
De cara al futuro, tenemos previsto la revisión de los ítems incluidos en el cuestionario, así como la incorporación de los aspectos mejorables señalados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/142 ========== ***

Nº de registro: 0142

Título
IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRIA

Autores:
GALAN LATORRE LETICIA, ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA, LACAL ALEJANDRE LAURA, ALAYETO GASTON MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El hospital de día de psiquiatría es un recurso de salud mental en el que se atiende a los pacientes desde la confluencia de diferentes terapias. Nos parece necesario conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos. Se ha investigado sobre el modo de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0142

## 1. TÍTULO

### IMPLEMENTACION DE UN CUESTIONARIO DE VALORACION DEL HOSPITAL DE DIA DE PSIQUIATRÍA

evaluar dichos procesos desde una perspectiva integradora; "investigación de procesos y resultados". Esta información relevante podría obtenerse a través de un cuestionario de valoración que los pacientes tendrían que cumplimentar en dos momentos diferentes, al ingreso y al alta.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer los aspectos más concretos que están relacionados con el cambio terapéutico para poder incidir en ellos

MÉTODO
Revisión bibliográfica de forma individualizada
Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.
Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo
Administración del cuestionario

INDICADORES
Nº de pacientes a los cuales se les administra el cuestionario
Valoración cuantitativa de los ítems del cuestionario y análisis de los datos

DURACIÓN
febrero de 2019: Revisión bibliográfica de forma individualizada
febrero de 2019: Valoración de los aspectos más frecuentemente señalados por los pacientes observado durante las actividades terapéuticas.
febrero de 2019 Confección del cuestionario a través de reuniones de equipo
A partir de marzo de 2019 hasta marzo de 2020. Administración del cuestionario

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 - 2019/0869

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA**

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... AURORA CALVO PARDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PROGRAMA DETECCION CANCER DE MAMA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GRACIA SIMEON
JARAMILLO GONZALEZ ROSA
ESCARIO MUR MARIA PILAR
MONGE OTAL SILVIA
TRILLO CAMPO MARTA
LANASPA BENITEZ ROCIO
GAVIN CLAVER MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, tiene medias indirectas que indican una elevada satisfacción de la población diana: la propia adherencia al Programa de las usuarias, las opiniones de los profesionales sanitarios e incluso la repercusión en medios de comunicación y otros foros.
En 2019 se ha pretendido medir de la forma lo más objetiva posible esta satisfacción de las usuarias, y poder detectar áreas de mejora preguntando directamente a la mujer, mediante una encuesta de satisfacción única para las Comunidad Autónoma, aunque el programa tiene unidades de coordinación en el ámbito de la provincia y los resultados se analizan en este ámbito.
Febrero-abril 2019, consulta y búsqueda bibliográfica de encuestas realizadas en los programas de cribado mamográfico y se elabora un diseño de borrador consensuado por las responsables de las tres provincias.
Mayo de 2019, reunión de equipo de las responsables del programa de las tres provincias, para consensuar criterios, diseñar un formato único, y concretar la metodología. Se invita a la mujer que acuda a hacerse mamografía a la Unidad Móvil a que rellene una encuesta anónima y voluntaria, que se depositará en una urna de cartón precintada instalada fuera del habitáculo de trabajo. consta de 8 preguntas cerradas a contestar con cruces y una abierta para recoger sugerencias de mejora en áreas no exploradas.
Junio 2019, reunión de equipo de trabajo en cada una de las tres provincias (auxiliares administrativos, Técnicos de radiodiagnóstico, y médico responsable del programa), para explicar metodología de la encuesta y aportar sugerencias
Septiembre 2019, se diseña una urna, precintada, y un cartel invitando a participar a las usuarias con el lema: “Ayúdanos a mejorar, tu opinión nos interesa. Cumplimenta la encuesta. Gracias por colaborar”.
Cuarto trimestre inicio y desarrollo del trabajo de campo en unidades de cribado mamográfico
Diciembre: recogida de las encuestas (Técnicos especialistas en radiodiagnóstico en la Unidad Móvil), registro en Excel XP para explorar los datos de la encuesta (auxiliar administrativo), y evaluación final por parte de la responsable del programa.
Enero de 2020, está previsto reunión de las responsables de las tres provincias, para valoración final y resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En Huesca se han realizado 95 encuestas en las Unidades Móvil (zonas de Salud de Ayerbe y Barbastro) y fija (Hospital Sagrado Corazón de Jesús, zona de salud Sto Grial).
ACCESIBILIDAD: % Satisfacción con la información que se proporciona:
El contenido de la carta pareció claro y comprensible: 92,6 % (ninguna respuesta negativa, el resto hasta 100% en blanco)
En caso de contactar por teléfono: el 17,9 % tuvo que hacer más de un intento para contactar. Es importante que 3 % no pudieron contactar telefónicamente
El correo electrónico: Un 8,4 % afirman haberlo utilizado y opinan que se contestó rápidamente
RESPETO Y CUIDADO DEL PACIENTE: % de las mujeres que están satisfechas con el trato recibido:
99 % con mucha amabilidad o correcto, 87 % mucha amabilidad, y el 12 % correcto
CONFORTABILIDAD: % de mujeres que valoran positivamente.
El 31 % muy cómodo
el 61,4 % bastante cómodo, 7,6 % poco cómodo (todas se refieren a la unidad móvil)
DEMORA RESULTADOS (Percepción)
63 % de mujeres les parece adecuado el tiempo que tardan en recibir los resultados, 6,3% opinan que excesivamente largo
VALORACIÓN GLOBAL DEL PROGRAMA: % global de grado de satisfacción del Programa
satisfechas o muy satisfechas el 100 %, (el 77 % muy satisfechas)
SUGERENCIAS RECOGIDAS EN LA ENCUESTA (pregunta abierta)
- Respetar el orden de llegada, no el listado.
- Enviar las citaciones con más antelación
- Unidad móvil: reforzar el respeto a la intimidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA**

Alta satisfacción global del programa.
Es necesario mejorar la accesibilidad telefónica. Consideramos que es poco deseable que un 3 % de las usuarias no hayan podido acceder telefónicamente. El correo electrónico se empieza a utilizar y es útil para mejorar la accesibilidad.
El respeto y cuidado es valorado positivamente. Sin embargo, este año hemos recibido dos reclamaciones escritas relacionadas con el trato profesional y en la pregunta abierta se ha hecho referencia a mejorar el respeto a la intimidad. Por ello concluimos que hay un área de mejora muy importante que hay que trabajar con el equipo profesional.
La confortabilidad es bien valorada en la Unidad Fija. En la móvil puede haber margen de mejora, a valorar dado lo reducido del espacio.
El tiempo de demora de resultados es valorado globalmente como favorable, pero es de interés explorar los tiempos del proceso completo de resultados
La información de la encuesta de satisfacción nos es muy valiosa para mejorar los procesos de atención. Revela áreas de oportunidad, potencia los aciertos, favorece la fidelización porque las usuarias saben que se escucha su voz y que preocupa mejorar. La innovación en la gestión no siempre requiere de medidas espectaculares ni costosas, pararse a pensar en la organización del trabajo y explorar la opinión de los usuarios, permite hacer cambios en el entorno que mejoran la calidad de la asistencia que se presta.

7. OBSERVACIONES.
En la encuesta se recogen sugerencias que van relacionadas con criterios técnicos en los que la opinión de la usuaria no debe tenerse en cuenta (hacer mamografías anuales, disminuir el dolor…)

*** ========== Resumen del proyecto 2019/869 ========== ***

Nº de registro: 0869

Título
MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Autores:
CALVO PARDO AURORA, LOPEZ GRACIA SIMEON, JARAMILLO GONZALEZ ROSA, ESCARIO MUR MARIA PILAR, MONGE OTAL SILVIA, TRILLO CAMPO MARTA, LANASPA BENITEZ ROCIO, GAVIN CLAVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Conseguir un alto grado de satisfacción de la mujeres con El Programa de detección precoz del Cáncer de mama es fundamental para mantener altos niveles de participación sucesiva regular, lo que constituye uno de los indicadores básicos de medida de la calidad del propio programa.
La bibliografía señala que el comportamiento de las usuarias puede estar en relación con las experiencias durante el proceso de cribado mamográfico y su grado de satisfacción con el mismo. Marshall ha señalado que casi la mitad de las mujeres que abandonaban los programas señalaban como motivo principal lo que les sucedió durante la realización de la mamografía
En el caso de un programa de detección precoz de cáncer de mama, son varios los motivos que hacen que el estudio de la satisfacción sea incluso más importante que en otras intervenciones sanitarias. Las mujeres que van a hacerse una mamografía de cribado están aparentemente sanas, por lo que no están motivadas a acudir a hacerse la prueba que disminuya una dolencia o cure una patología. Las experiencias negativas que puedan tener durante la misma influyen en la posibilidad de que no acudan a realizarse la mamografía. Además uno de los criterios para implantar un programa de cribado es que la intervención que se realice resulte aceptable por la población a la que va dirigida.
Evaluar, pues, la satisfacción de las mujeres con el programa constituye un paso imprescindible para conocer cómo se pueden mejorar esos niveles de satisfacción y lograr proporcionar un servicio de calidad y con altos niveles de participación.
Referencias indirectas y algún estudio fuera del ámbito de Aragón, muestran como el programa es bien valorado por sus usuarias, siendo la satisfacción alta en casi todas las áreas.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0869

## 1. TÍTULO

### MEJORA DE LA ATENCION A LA USUARIA DEL PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DEL CANCER DE MAMA TRAS REALIZAR ENCUESTA DE SATISFACCION PARA DETECTAR AREAS DE MEJORA

Han pasado dos décadas desde que se implementó el programa y tenemos indicios para pensar que se han empeorado algunos aspectos: retraso entre dos vueltas, dificultad en la accesibilidad telefónica e incluso peor información y trato que se dispensa a las usuarias.
La determinación tanto de la satisfacción global como de la relacionada con aspectos concretos de la exploración mamográfica permitirá identificar áreas de mejora y monitorizar la calidad del Programa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Valorar la satisfacción global de las usuarias del Programa de detección precoz del Cáncer de mama en Huesca
- Valorar algunos aspectos concretos como:
    - Accesibilidad telefónica
    - Información que se proporciona
    - Trato recibido
    - Confortabilidad de las instalaciones.
- Detectar áreas de mejora, planificar actividades para mejorar e implementarlas

MÉTODO
Se va a constituir un grupo de mejora formado por los profesionales que participan activamente en las actividades del Programa.
Se elaborará una encuesta de satisfacción, sencilla, visual, en la que se preguntará por los aspectos identificados como prioritarios para conocer el grado de acuerdo de las usuarias con dichos aspectos
Para no hacer tediosa la encuesta, se obviarán otros aspectos que pueden resultar de sumo interés, pero la factibilidad de la solución es menor o no está en las posibilidades del equipo de mejora
Lo ideal sería poder poner una Tablet en cada una de las dos unidades con la encuesta visual y táctil, pero siendo realistas, se planteará algún método más clásico como imprimir la encuesta en octavillas de papel y colocación de una urna en lugar visible pero discreto, fuera de la sala donde se hace la mamografía.
El diseño y la metodología de la encuesta se acordarán en las reuniones del grupo de mejora.

INDICADORES
% de usuarias satisfechas o muy satisfechas de forma global con el PPCM (estándar > 95%)
% de usuarias que se muestran satisfechas o muy satisfechas con la facilidad de acceder al contacto (telefónico /mail) con el Programa (estándar >75 %)
% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la información que se le proporciona del PPCM (estándar > 95%)
% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con el trato recibido por el personal del PPCM (estándar > 95%)
% de usuarias satisfechas o muy satisfechas con la confortabilidad de las instalaciones del PPCM (estándar > 95%)

DURACIÓN
- Primer trimestre 2019: diseño y metodología de la encuesta
- Abril / septiembre: aplicación de la encuesta según criterios establecidos previamente
Noviembre /Diciembre: Estudio de resultados de la encuesta. Detección de áreas de mejora. Planificación de acciones para mejorar.

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 - 2019/0264

## 1. TÍTULO

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS RIVARES MORCATE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... CSS SGDO CORAZON DE JESUS
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTAN PEREZ LIDIA
MARTINEZ CABELLO VERONICA
FERNANDEZ CAÑADA PATRICIA
LLACER NAVARRO CARMEN
LOPEZ BERNUES RICARDO
LLORENTE ALASTRUEY MARTA
LATAPIA LOPEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizó una búsqueda bibliográfica para conocer otras encuestas realizadas en entornos similares al nuestro. Esta búsqueda nos permitió llegar a elaborar la encuesta definitiva, más ajustada al perfil de los pacientes de la unidad. En dicha encuesta se valora varios ítems: nivel de satisfacción de la estancia en la unidad, información recibida por las diferentes disciplinas, participación en las actividades, la comunicación que el personal ha mantenido con los familiares, la calidad de los cuidados recibidos, el tiempo de atención dedicado por las diferentes categorías, así como la confianza que ha transmitido al paciente el personal que le ha atendido y el grado global de satisfacción de la estancia en el servicio.
METODOLOGÍA
Difusión de la encuesta entre los profesionales de la unidad para su conocimiento y puesta en marcha. Para ello se hizo una reunión donde se explicó la sistemática de entrega y recogida de la misma.
El material desarrollado ha sido la encuesta en formato papel dinA3. Se habilitó un buzón situado en una zona más visible y accesible para los pacientes.
La encuesta se entregó a cada paciente en el momento de conocer que iba a ser dado de alta. Se le explicó que debía rellenarla y echarla directamente al buzón (ya que es anónima).
Se realizó un corte durante dos meses (20 noviembre 2019 a 20 enero 2020).
Indicadores:
- Pacientes ingresados con encuesta elaborada al alta / total de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría del 20/11/2019 al 20/01/2020
- Grado global de satisfacción: 85% de pacientes que rellenan la encuesta están" bastante" o "muy satisfechos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En el período de estudio propuesto (dos meses), se les entregó la encuesta a los pacientes para posteriormente realizar el tratamiento de los datos obteniendo los siguientes resultados:
- De 70 pacientes que estuvieron ingresados en ese periodo, se han recogido un total de 33 encuestas (47,14%). Este resultado es debido a varios motivos, o bien al deterioro cognitivo del paciente, o traslado a otro hospital/centro sociosanitario, o la negativa a realizarla.
- En cuanto a los resultados obtenidos en relación a la satisfacción global durante su estancia:
o Casi la mitad de las encuestas realizadas (48,5%) refieren estar "bastante" o "muy satisfechos" con la calidad de atención recibida.
o Un 27,5% de los pacientes están "satisfechos" con la atención recibida.
o Casi un 10 % está "poco satisfecho" o "muy poco satisfecho" con la atención recibida.
o Un 15% no han rellenado el apartado de "grado global de satisfacción".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La encuesta elaborada reúne las condiciones necesarias para medir la calidad de atención y se adapta mejor al perfil del paciente en la unidad.
Este sistema sirve como instrumento y método de captación para recoger y conocer el sentimiento del paciente sobre su estancia y el nivel de satisfacción al alta y por tanto, nos permite poder trabajar en la mejora del confort y la calidad de atención de los usuarios.
El equipo está comprometido para valorar la opinión del usuario sobre su estancia en el momento del alta. Con el estudio realizado se observan los factores susceptibles de mejorar, si bien es cierto que tendremos que trabajar con el paciente la importancia que significa su cumplimentación para conocer los resultados y así poder intervenir en mejorar la atención en la calidad de los cuidados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/264 ==========

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0264

## 1. TÍTULO

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

***

Nº de registro: 0264

Título
ENCUESTA DE SATISFACCION AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRIA

Autores:
RIVARES MORCATE MARIA JESUS, CASTAN PEREZ LIDIA, MARTINEZ CABELLO VERONICA, FERNANDEZ CAÑADAS PATRICIA, LLACER NAVARROCARMEN, LOPEZ BERNUES RICARDO, LLORENTE ALASTRUEY MARTA, LATAPIA LOPEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consideramos importante la realización de una encuesta de satisfacción del paciente en el servicio de psiquiatría cuando reciba el alta médica y de enfermería. El paciente así puede expresar sus opiniones y manifestar su nivel de satisfacción.
Hasta el momento hemos detectado que no se rellena en papel porque la encuesta actual no se ajusta a las necesidades percibidas por los pacientes ni al trabajo que se desarrolla en la unidad.
Conocer el sentir de los pacientes y cómo perciben nuestra atención es fundamental tanto para que ellos se sientan reconocidos plasmando sus necesidades como para que el personal conozca y también evalúe esas mismas necesidades, carencias o sentimientos de satisfacción hacia el servicio y poder actuar en consecuencia de lo recibido.
La finalidad de este proyecto no es tanto realizar una medición estadística, que también, como conocer la percepción del paciente que está sufriendo un proceso agudo de salud mental y así intentar adaptar nuestro trabajo diario a sus necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
-Elaborar una encuesta de satisfacción al alta adaptada a las necesidades de la unidad.
-Recoger el nivel de satisfacción de los usuarios de la unidad de agudos en relación a la calidad en los cuidados
.

MÉTODO
-Realizar una búsqueda bibliográfica para conocer qué encuestas se están realizando en entornos similares al nuestro.
-Elaborar una nueva encuesta de satisfacción de usuarios de UCE.
-Establecer de forma sistemática la entrega de la encuesta al alta del paciente.
-Recogida y tratamiento de los datos de las encuestas.

INDICADORES
-Pacientes ingresados que salen con encuesta elaborada al alta / total de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría en el año 2019.
-Pacientes ingresados que salen con encuesta elaborada del 1 abril 2019 al 1 de junio 2019/ total de pacientes ingresados en el mismo período.

DURACIÓN
-Febrero 2019- Búsqueda bibliográfica
-Marzo2019: Elaboración de la encuesta de satisfacción
-Abril- Mayo2019: Recogida de datos
-Octubre- Diciembre 2019: Estudio y tratamiento de los datos para posterior evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados
---
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0264

## 1. TÍTULO

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL ALTA DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

```
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 - 2019/0815

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR POVEDA SERRANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H JACA
· Localidad ..... JACA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALANCA GRACIA EUGENIA
LAVILLA VILLAVERDE CARMEN
SANCHO GRACIA ELENA
GIL FERRER LAURA
ABIZANDA CASTILLA ANTONIO
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL
ALVAREZ TOLOSA MARCOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
? - Se obtuvo el TDRA a final de la temporada invernal de 2019 por lo que se ha retrasado ligeramente los tiempos establecidos inicialmente.
? - Se ha realizado estudio de situación previa al uso de TDRA y se está trabajando ya en la recopilación de datos de la HCE
? - Se está elaborando un proceso con: recomendaciones, criterios de realización y de no realización de pruebas complementarias y tratamiento tomando como guía los protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Se realizará una reunión inicial presencial y se trabajará on line entre los diferentes participantes del proyecto
? - Se ha realizado una sesión clínica para difundir entre los profesionales de urgencias el manejo diagnóstico y terapéutico de las faringoamigdalitis aguda en pacientes con edad pediátrica.
? - Se ha realizado una sesión clínica para difundir entre los profesionales de urgencias la técnica de hisopado para realización de técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA) para evitar resultados erróneos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
I: Inicialmente, realizamos un estudio retrospectivo para ver el manejo de estos pacientes previa a la adquisición del TDRA
DESCRIPCIÓN MUESTRA:
Recogida de datos.
Accediendo a la historia clínica electrónica (HCE) del paciente y al episodio relativo a la fecha y diagnóstico que consta en el PCH para la obtención de las variables a estudio, siempre manteniendo en el anonimato los datos del paciente a estudio.
Con toda la información obtenida se cumplimentarán una tabla Excel para, posteriormente, realizar la tabulación y análisis de los datos.

Análisis y tratamiento de los datos.
A través de los programas:
• Microsoft Office Excel para la codificación y tabulación de datos.
• Microsoft Office Word para la redacción de informes y conclusiones.
• SPSS para Windows (v.16.0) para el análisis estadístico de los datos obtenidos.
• Microsoft Office PowerPoint 2007 para la realización del material de apoyo empleado en la presentación del trabajo.

Se realizará un análisis descriptivo de las variables cualitativas empleando porcentajes, y frecuencias absolutas mientras que, para las variables cuantitativas, además de las medidas anteriormente citadas, se utilizarán la mediana y la moda.

Total de 104 pacientes diagnosticados de FAA. La mayoría de los pacientes eran niños 64 (61,54%) siendo los rango de edad más comunes de 3 a 5 años con un 33,65% y de 9 a 11 años con un 25%.
La puntuación CENTOR en la mayoría de los casos está sacada por los investigadores en base a lo escrito por el médico en la exploración de urgencias, solo consta como tal la realización de la misma en 3 pacientes
Según AEPap está indicado el realizar el TDRA a pacientes con una puntuación CENTOR > o igual a 3. Por lo tanto:
Se obtuvo un total de 19 pacientes con CENTOR mayor o igual a 3 (2 y 17 respectivamente) de los cuales sólo se le realizó TDRA a 5 de ellos (4 del grupo de CETOR =3 y 1 del grupo CENTOR >3).
De los pacientes en los que consta como tal la escala de CENTOR, 2 dieron una puntuación igual a 3 y otro igual a 4. A todos se les realizó el TDRA siendo positivo para uno de los pacientes con CENTOR 3
Estandar: pacientes con TDRA hecho y CENTOR >=3/ pacientes realizado TDRA (5/9)x100= 55,56%
La puntuación CENTOR en la mayoría de los casos está sacada por los investigadores en base a lo escrito por el médico en la exploración de urgencias, solo consta como tal la realización de la misma en 3 pacientes
Según AEPap está indicado el realizar el TDRA a pacientes con una puntuación CENTOR > o igual a 3. Por lo tanto:
Se obtuvo un total de 85 pacientes con CENTOR<3 ) de los cuales sólo se le realizó TDRA a 4 (todos con CENTOR

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0815

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

2) y no se le realizó a 81.
El total de pacientes sin realización de TDRA fue de 95 (independientemente de puntuación CENTOR)
Estándar: pacientes sin TDRA y CENTOR <3/ pacientes sin TDRA (81/95)x100= 85%
Un total de 63 pacientes (60%) fueron tratados con antibioticos.
Estándar: pacientes con amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico/ pacientes con antibiotico (61/63) x100= 96%
II. Estamos trabajando en la elaboración de un protocolo de atención paciente pediátrico con faringoamigdalitis aguda, actualizado y adaptado a las características propias del Hospital de Jaca, consensuado entre los diferentes estamentos participantes: enfermería, medicina de urgencias y Pediatría

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dados los resultados del estudio retrospectivo, hemos objetivado que aún tenemos mucho trabajo por hacer por lo que continuaremos trabajando en el proyecto para desarrollar los siguientes puntos:
- Revisión y consenso del protocolo por todo el personal sanitario implicado (médicos de urgencias, pediatría hospitalaria y de atención primaria, enfermería, auxiliares).
- Presentación del protocolo en sesión clínica del Comité de Formación Continuada del Hospital de Jaca
- Recoger los datos tras implantación del proceso
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección.

7. OBSERVACIONES.
continuaremos el trabajo en nuevo proyecto de 2020 de seguimiento para finalizar el mismo.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/815 ========== ***

Nº de registro: 0815

Título
IMPLANTANCION DE PROCESO PARA LA OPTIMIZACION DE ATENCION A PACIENTES PEDIATRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores:
POVEDA SERRANO PILAR, PALANCA GRACIA EUGENIA, LAVILLA VILLAVERDE CARMEN, SANCHO GRACIA ELENA, GIL FERRER LAURA, ABIZANDA CASTILLA ANTONIO, CRISAN ANDREA, MORENO MEJIA GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H JACA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La faringoamigdalitis (FAA) es una de las principales entidades dentro de los procesos infecciosos en la infancia. Las producidas por Streptococcus ß-hemolítico del grupo A (SBGA) son prácticamente las únicas susceptibles de ser tratadas con antibióticos. La etiología depende de la edad, estación del año y área geográfica siendo lo más frecuente el origen vírico.
En nuestro servicio, el 2% de las consultas son compatibles con Faringoamigdalitis. No se dispone de técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TDRA), con la consiguiente posibilidad de sobrediagnostico de FAA estreptocócica y sobre prescripción antibiótica
Este trabajo pretende evaluar la práctica clínica habitual de diagnostico y tratamiento de FAA no complicadas, intentar demostrar las ventajas de disponer de TDRA para optimizar el uso de antibióticos.
Ningún síntoma aislado, ofrece un cociente de probabilidad positivo como para superar un 50% de probabilidad de FAS. Las escalas de predicción clínica ofrecen una aproximación al diagnóstico para seleccionar a los pacientes a los que luego se deben aplicar pruebas diagnósticas.
Para establecer el tratamiento, es exigible el diagnóstico etiológico Hay dos pruebas para la detección del EBHGA: TDRA y cultivo de muestra faringo-amigdalar. Ninguna de ellas diferencia de forma definitiva los pacientes con FAA estreptocócica aguda de los portadores de EBHGA

RESULTADOS ESPERADOS
• Objetivo principal: analizar el impacto de la implantación de un TDRA en nuestra práctica asistencial, en

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0815

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACIÓN DEL PROCESO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE ATENCIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

relación a la reducción de antibióticos prescritos innecesariamente.
• Elaborar un protocolo para homogeneizar el manejo de estos pacientes y optimizar el uso de antibióticos.

MÉTODO
? Elaborar un proceso con: recomendaciones, criterios de realización y de no realización de pruebas complementarias y tratamiento tomando como guía los protocolos de la Asociación Española de Pediatría. Se realizará una reunión inicial y posterior trabajo on line entre los diferentes participantes.
? Difundir entre los profesionales de urgencias el manejo diagnóstico y terapéutico de las FAA en pacientes con edad pediátrica.
? Difundir la técnica de hisopado para realización de TDRA correctamente.
? Medir el impacto de la intervención: Situación previa y posterior a la intervención.

INDICADORES
1) Realizar la escala CENTOR para seleccionar a los pacientes a los que luego aplicar pruebas diagnósticas.
a) Dimensión: Efectividad
b) Formula: Nº historias faringoamigadilitis en las que consta la realización de la Escala Centor/Nº total historias faringoamigdalitis x100
c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
d) Tipo: proceso
e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
f) Estándar: 95 %
2) Realizar test rápido de detección de antígeno estreptocócico (TDRA) en pacientes que esté indicado
a) Dimensión: Efectividad. Seguridad
b) Formula: Nº de pacientes pediátricos con FAA a los que se ha realizado el TDRA estando indicado/Nº total pacientes con FAA en que se ha realizado el TDRA x 100
c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
d) Tipo: proceso
e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes de Urgencias
f) Estándar: 90%
3) No realización de TDRA en el caso de que no esté indicado, tras valoración clínica y SCORE
a) Dimensión: Efectividad. Seguridad
b) Formula: Nº de pacientes con FAA a los que no se ha realizado el TDRA no estando indicado/ Nº total de pacientes con FAA a los que no se ha realizado el TDRA X 100
c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
d) Tipo: Proceso
e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes de Urgencias
f) Estándar: 90%
4) Optimizar el tratamiento antibiótico de Faringoamigdalitis aguda.
a) Dimensión: Efectividad. Seguridad
b) Formula: Nº de pacientes diagnosticados de FAA tratados con Pencicilina o amoxicilina / Nº pacientes diagnosticados de FAA tratados con antibióticos x 100
c) Población: pacientes pediátricos (< 14 años) atendidos en el Servicio de Urgencias
d) Tipo: proceso
e) Fuente de datos: bases de datos de pacientes del S. Urgencias
f) Estándar: > 95%

DURACIÓN
- Realizar estudio retrospectivo previo a la instauración del TDRA (mayo 2019)
- Divulgar al personal de urgencias las indicaciones, el uso y manejo del TDRA (abril 2019)
- Elaborar un protocolo de atención paciente pediátrico con FAA, actualizado y adaptado a las características del Hospital de Jaca, consensuado entre los diferentes estamentos. (junio 2019)
- Revisión y consenso del protocolo por todos los sanitarios implicados
- Presentación del protocolo ante el Comité de Formación Continuada del Hospital de Jaca (septiembre 2019)
- Recoger los datos tras implantación del proceso (noviembre 2019)
- Comunicar los resultados al Hospital y Dirección. (diciembre 2019)

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0632

## 1. TÍTULO

**ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA**

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ ROJAS HIJAZO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En junio de 2017 se solicitó financiación para adquirir un captador Burkard. También se solicitó financiación para realizar el recuento y la identificación de pólenes en una instancia externa. Se adquirió el captador en octubre de 2018. En esa misma fecha, se colocó el captador de polen en la azotea de consultas externas. Es importante la localización del colector (altura, entorno) porque las concentraciones de pólenes obtenidas pueden variar.
El cambio de tambor lo ha realizado la auxiliar de enfermería María SanVicente de forma semanal. Ese tambor se lo lleva un mensajero para el análisis de las lecturas de los recuentos de pólenes. Dicho análisis es realizado por Pablo González Romero, botánico del Departamento de Biología vegetal y ecología de la Universidad de Sevilla, quien remite los datos obtenidos del análisis a la Dra. Rojas mediante una tabla Excel y por correo electrónico.
La Dra. Rojas vuelca los datos de las lecturas semanales en la web www.polenes.com para que estén disponibles de forma gratuita tanto para pacientes como para profesionales.
Para comunicar a los profesionales y a los pacientes la disponibilidad de esta valiosa información, en cuanto se inició el volcado de los datos en la web añadimos un apartado en la hoja de recomendaciones que solemos entregar a nuestros pacientes alérgicos a pólenes informándoles de que ya podían consultar los niveles atmosféricos de polen en Huesca a través de la web www.polenes.com. Igualmente, se realizó un comunicado de prensa al diario Alto Aragón informando de dicho servicio. Además, se ha ido informando sobre la web a los compañeros del hospital y de los Centros de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los porcentajes de los pólenes de artemisa, gramíneas, olivo, cupresáceas, platanus, chenopodiáceas recogidos a lo largo del año 2019 respecto del total de pólenes recogidos son del 0,31%, 1,5%, 2,23%, 57,44%, 4,93%, 4,2% respectivamente.
Los porcentajes de pólenes menos prevalentes en otras zonas como por ejemplo pino, quercus, respecto al total de pólenes recogidos a lo largo del año fueron del 9,66% y del 17,3% respectivamente. Llama la atención estos inesperados elevados porcentajes recogidos en Huesca que hacen tenerlos en cuenta a la hora de valorar pacientes con síntomas durante los meses de marzo y junio que es cuando polinizan estos árboles.
El porcentaje de polen de abedul (polen que incluimos este año en la batería estándar) respecto al total de pólenes recogidos a lo largo del año fue del 0,02%.
El porcentaje de hojas con las recomendaciones para pacientes alérgicos a pólenes modificadas con la información de la web www.polenes.com respecto del total de hojas de recomendaciones ha sido del 100%. Ya no hay hojas sin dicha información.
El porcentaje de esporas de alternaria recogidos en los meses de mayo y noviembre, respecto del total de esporas recogidas a lo largo del año fueron de 3,71%, 0,83%, 23,13%, 45,73% respectivamente. Prácticamente no se recogieron niveles atmosféricos de esporas de alternaria en los meses de enero, febrero, marzo, abril y diciembre.
Los recuentos de pólenes son de gran utilidad para el clínico. Con ellos podemos observar la correlación o no entre los recuentos de pólenes y esporas de hongos y los síntomas presentados por nuestros pacientes alérgicos.
Los recuentos de pólenes son imprescindibles para identificar qué pólenes producen polinosis en cada ciudad o área geográfica. Nos permiten saber con más precisión cuándo deben los pacientes comenzar y finalizar su tratamiento profiláctico. Ayudan a entender mejor la variabilidad en la intensidad de los síntomas de unos años a otros y de unas áreas geográficas a otras. Sirven para diferenciar en pacientes polisensibilizados a diversos tipos de pólenes sensibilizaciones clínicas de subclínicas. Con la incorporación de los datos de Huesca a la web www.polenes.com, pacientes y profesionales disponen de información gratuita sobre los niveles de pólenes atmosféricos, su estacionalidad, los picos de concentración y la duración de la estación polínica.
Los indicadores utilizados fueron los siguientes:
Número de granos de polen de artemisa, gramíneas, olivo, cupresáceas, platanus y chenopodiáceas recogidos a lo largo del año 2019/ total de granos de todos los pólenes recogidos a lo largo de 2019.
Número de hojas de recomendaciones para pacientes alérgicos a polen modificadas con el apartado de la información de la web www.polenes.com/ Total de hojas de recomendaciones para pacientes alérgicos a polen entregadas a los pacientes
Número de esporas de alternaria recogidas entre los meses de mayo y noviembre de 2019/ total de esporas recogidas a lo largo de todo el año 2019
La fuente de obtención de la información fue el captador de polen Burkard colocado en la azotea de consultas externas y el método de obtención fue el recuento e identificación de pólenes y esporas de hongos realizada por el botánico.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0632

## 1. TÍTULO

**ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA**

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Esta información nos ha permitido modificar la batería de aeroalérgenos estándar que testamos a nuestros pacientes polínicos en base a los resultados obtenidos sobre los pólenes más prevalentes en Huesca. Por ejemplo, habíamos incluido abedul porque pensábamos que por la zona podría tener representación pero al menos este año se han obtenido porcentajes muy bajos, por lo que lo retiraremos de la batería estándar. Aunque llama la atención los elevados porcentajes de pólenes de pino y roble recogidos durante los meses de marzo y junio, no los incluiremos en la batería estándar pero los tendremos en cuenta cuando el paciente nos cuente síntomas en esa época y tenga negativos los pólenes más prevalentes para la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/632 ========== ***

Nº de registro: 0632

Título
ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS POLENES DE HUESCA A TRAVES DE LA MEDICION DE LOS NIVELES ATMOSFERICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD

Autores:
ROJAS HIJAZO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
Se detectó la falta de información sobre las concentraciones de los tipos polínicos más alergénicos y frecuentes presentes en la atmósfera de la ciudad de Huesca. Poder conocer los niveles de pólenes atmosféricos, su estacionalidad, los picos de concentración y la duración de la estación polínica es muy útil en sanidad ambiental para intentar reducir los efectos de las alergias por pólenes. Las herramientas que proporcionan estos datos son los captadores de pólenes. En la ciudad de Huesca no se disponía de un captador de polen.
El Comité de Aerobiología de la SEAIC (Sociedad española de alergología e inmunología clínica) tiene como objetivo potenciar la investigación en el áerea de la aerobiología (estudio de los pólenes y hongos que se encuentran en el aire) y polinosis (enfermedades alérgicas producidas por los pólenes). Este comité cuenta con una red de colectores formada por 54 estaciones aerobiológicas en todas las comunidades autónomas que permiten saber la información detallada de los niveles de pólenes en todas aquellas zonas donde se encuentran. Huesca no se había incorporado a esta red de colectores. Los recuentos se facilitan a través de la web www.polenes.com de forma totalmente gratuita y sin restricciones para todas aquellas personas interesadas (profesionales o pacientes).

RESULTADOS ESPERADOS
Los resultados que se espera conseguir son incorporarse a la red de colectores de la SEAIC para poder aportar datos sobre aerobiología y polinosis en la ciudad de Huesca disponibles tanto para pacientes como para profesionales interesados en disponer de esta información así como conocer cuáles son los pólenes más prevalentes en la ciudad de Huesca y así modificar si es preciso el protocolo de inhalantes testados en la consulta en base a los resultados obtenidos.
La población diana es Huesca

MÉTODO
Solicitar financiación para adquirir un captador Burkard
Solicitar financiación para realizar externalizar el análisis de las lecturas semanales de los recuentos de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0632

## 1. TÍTULO

**ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LOS PÓLENES DE HUESCA A TRAVÉS DE LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES ATMOSFÉRICOS DE POLEN CON EL NUEVO CAPTADOR BURKARD DE PÓLENES Y ESPORAS DEL HONGO ALTERNARIA**

pólenes mientras no se disponga de personal entrenado en el reconocimiento de los tipos polínicos más importantes así como del transporte para que pueda realizarse dicho análisis.
Realizar un curso de palinología para saber reconocer los tipos polínicos más importantes desde el punto de vista alergológico. Para poder ejecutar esa acción se necesitaría un microscopio.
Colocar el captador de polen en el mejor lugar posible del Hospital San Jorge (lejos de edificios altos colindantes u otros obstáculos, así como de árboles muy próximos u otras fuentes de polen local) para que la captura sea lo más idónea posible.
Adquirir el compromiso de realizar las capturas de polen semanales mediante el cambio de tambor del captador.
Volcar semanalmente el análisis externo de las lecturas de los recuentos de pólenes en la página www.polenes.com
Comunicar a los pacientes y a la población de Huesca la disposición de dicha información en la web www.polenes.com a través de prensa y en consulta
Solicitar pertenecer al comité de Aerobiología

INDICADORES
Porcentaje de pólenes de gramíneas, olivo, cupresáceas, plantago, amarantáceas, platanus, urticáceas, betula respecto al total de polen detectado en cada estación del año
La fuente de datos es www.polenes.com

DURACIÓN
El captador Burkard se consiguió en octubre de 2018, así como la financiación para realizar el análisis de las lecturas semanales por un botánico.
Desde octubre de 2018 la auxiliar de enfermería María SanVicente y la Dra. Rojas cambian el tambor del captador todas las semanas y lo entregan a un mensajero que viene a buscarlo para su análisis.
Desde enero de 2019 se vuelcan los datos del análisis de las lecturas de los pólenes en la página www.polenes.com.
El proyecto durará hasta el 31 de diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0138

## 1. TÍTULO

## PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE PUZO FONCILLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
FERRER GIMENEZ MARGARITA
CORED NASARRE ROSA
BUENO MORENO ANTONIO
LASIERRA MONCLUS ANA BELEN
ABELLAN TEJADA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Inicialmente se realizó un estudio de necesidades que se referenció en los Lotes correspondientes del concurso general del Laboratorio de los Servicios de Análisis y Bioquímica Clínica.

Tras la adjudicación se adecuaron espacios, se instalaron los equipos verificando sus resultados y calidad analítica. Se realizó formación del personal y la dotación adecuada de equipamiento auxiliar.

Se realizó una costosa adaptación del SIL al Hospital de Jaca integrándolo en el SIL del Laboratorio del Hospital de Huesca

Para realizar toda actividad asistencial se instaló el equipamiento de laboratorio que incluyo:
- 1 Equipo automatizado de Bioquímica AU 470 de Beckman-Coulter.
- 1 Equipo automatizado de Inmunoquímica Access de Beckman-Coulter.
- 2 Equipos automatizados de Hematimetría Beckman Coulter.
- 1 Equipo velocidad sedimentación globular
- 1 Agitador de rodillos para tubos
- 1 Equipo de bioquímica de sobremesa POCT Fuji
- 1 Equipo de inmunoquímica de sobremesa POCT Radiometer
- 2 Equipos de POCT de gases sanguíneos y equilibrio acido-base GEM 5000-
- 1 Equipo centralizado de conexión remota para control desde el Hospital San Jorge.
- 2 Centrífugas
- 2 Frigoríficos
- 1 Congelador.
- 1 Microscopio con captura de imagen, software y gestión de transmisión remota.
- 1 Estufa para Microbiología.

Los tiempos operativos del laboratorio referidos según su actividad han sido los siguientes:
- Atención continuada: 24 horas
- Atención ordinaria: de 8 a 15 horas.

Se han garantizado los siguientes tiempos de respuesta:
- Pruebas urgentes: 45 minutos.
- Pruebas ordinarias de pacientes ingresados: 2 horas

La actividad asistencial por la mañana ha incluido:
- Actividades preanalíticas de la actividad hospitalaria ordinaria.
- Calibración y control de técnicas en sistemas de trabajo ordinario.
- Preparación y envío de muestras para la realización de técnicas en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca.
- Realización de los análisis bioquímicos y hematológicos de los pacientes ingresados, analíticas preoperatorias y de los pacientes de hemodiálisis (pre y post).
- Atención a las urgencias analíticas del Servicio de Urgencias y de las plantas de Hospitalización.
- Procedimientos y registros de calidad analítica.

La actividad de tarde y noche consistirá en:
- Atención a las urgencias analíticas del Servicio de Urgencias y de las plantas de Hospitalización.
- Mantenimiento de los equipos y sustitución de consumibles y reactivos.
- Procedimientos de mantenimiento y de calidad analítica.

Demanda: El número de peticiones desde que se puso en marcha el nuevo laboratorio de Jaca (abril-diciembre 2019) ha incrementado en un 17,4% respecto al mismo periodo del año anterior (abril-diciembre 2018), con un total de 9037 peticiones en el periodo de 2019 frente a 7699 en el mismo periodo de 2018. Además se ha ampliado la cartera de servicios a todas las pruebas del laboratorio del Hospital de Huesca disminuyendo la externalización de muestras.

Los estudios analíticos realizados durante la actividad asistencial hospitalaria en horario de mañana han sido refrendados y validados por un FEA con actividad asistencial en el Centro. En el resto de horario (tarde y

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0138

## 1. TÍTULO

## PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

noche, y festivos), los estudios diagnósticos urgentes son realizados por un TEL que realiza validación técnica.
Si es necesario, las incidencias o estudios analíticos de mayor complejidad han sido atendidas por el FEA de guardia localizada de turno en el Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca de forma remota.
Además de la atención Urgente y hospitalaria se atiende también servicios de hemodiálisis y consultas del hospital como los preoperatorios.
Las pruebas de mayor complejidad y que no sean urgentes son trasladadas en un envío diario al Hospital San Jorge de Huesca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 1 de abril de 2019 la actividad del laboratorio del Hospital de Jaca se realiza por medios propios del Salud, estando asociada a los Servicios de Medicina de Laboratorio del Hospital San Jorge de Huesca.
El Laboratorio del Hospital de Jaca se ha integrado en el Servicio de Análisis y Bioquímica Clínica y en las secciones de Hematología y Hemoterapia y de Microbiología, trasladando en este último caso las muestras al Laboratorio de Microbiología de Huesca.
Se ha establecido un sistema de recogida y traslado diario de muestras lo que ha permitido la utilización de la amplia cartera de servicios del Hospital San Jorge, a la vez que ha garantizado aquellas determinaciones que se consideran de urgencia.
Con este proyecto, la contratación del personal y la adecuación de equipamiento tecnológico, realizado a través del Concurso de reactivos y material de laboratorio se ha conseguido una prestación de servicio diagnóstico biológico con altas cotas de calidad, convirtiéndose en una continuación del ofrecido por este Servicio en el Hospital San Jorge de Huesca y toda su área de influencia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias al trabajo en equipo se ha conseguido que el diagnóstico biológico del Hospital de Jaca haya tenido una continuidad total, garantizando la calidad de los análisis. Se han ido solventando algunas incidencias y se ha contratado un TEL más del inicial planteado debido a las necesidades del laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/138 ========== ***

Nº de registro: 0138

Título
PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

Autores:
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, PUZO FONCILLAS JOSE, FERRER GIMENEZ MARGARITA, CORED NASARRE ROSA, BUENO MORENO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología, determinaciones urgentes
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las analíticas del Hospital de Jaca han sido procesadas durante los últimos años por un Laboratorio y personal externos que ofrecían sus servicios a dicho Hospital. Recientemente, este laboratorio ha pasado a formar parte del Sistema Aragonés de Salud, por lo que los servicios serán supervisados en su totalidad por el Laboratorio de Análisis y Bioquímica Clínica del Hospital San Jorge de Huesca que funcionará como laboratorio de referencia.
El Laboratorio es un Servicio Central con una función prioritaria de asistencia continuada, ofreciendo ayuda al diagnóstico, monitorización o tratamiento del paciente enfermo, para promocionar la salud e identificar factores o poblaciones de riesgo, con la máxima calidad técnica y humana, además de eficiencia económica.
Este nuevo Laboratorio del Hospital de Jaca, supone una nueva proyección y desafío de trabajo para los profesionales del Servicio de ACBC del Hospital de Huesca en cuanto a instalaciones, adecuación de espacios, equipamientos y nuevas tecnologías, así como de organización para la correcta comunicación y funcionamiento en paralelo de ambos Laboratorios en sentido de áreas técnicas, calidad analítica, conocimiento y responsabilidades.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0138

## 1. TÍTULO

## PUESTA EN MARCHA DE UN NUEVO LABORATORIO EN EL HOSPITAL DE JACA

RESULTADOS ESPERADOS
Puesta en marcha del nuevo Laboratorio en el Hospital de Jaca para la correcta gestión de la demanda y calidad analíticas, y aseguramiento de adecuadas prestaciones para este Hospital.

MÉTODO
Planificación de:
- dotación tecnológica con selección de modelos clínicamente útiles, exactos y trazables (según adjudicación por Concurso Público 2018)
- adecuación de espacios y flujos de trabajo
- consenso de Cartera de Servicios
- pruebas y servicios de eficacia reconocida y efectividad demostrada ajustada en el tiempo (coste-efectivo)
- prestaciones de servicio en entorno establecido y planificado de calidad (elaboración de protocolos)
- áreas de responsabilidad de carácter transversal de calidad (pre, analítica y post), sistemas de información (SIL), formación continuada y docencia

INDICADORES
Medición de la calidad asistencial:
- Memoria de actividad del laboratorio de Jaca
- valoración de tiempo de respuesta analítica
- ajuste a la demanda
- incorporación de datos a SIL de Huesca
- determinaciones analíticas de las dos principales áreas urgentes de conocimiento: BQ y Hematología
- garantía de calidad: procedimientos consensuados, protocolos revisables, verificación de nuevos equipos (ajuste de CV%, ES% y ET% para cada técnica analítica)
- detección de fallos y necesidades

DURACIÓN
- Marzo 2019: valoración situación actual y toma de decisiones
- Abril 2019: implantación tecnología y puesta en marcha
- Proyecto dinámico con supervisión y mejora continua

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 - 2019/0139

## 1. TÍTULO

**ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LASIERRA MONCLUS
· Profesión ..... BIOQUIMICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUZO FONCILLAS JOSE
VALLES DIEZ IÑAKI
GONZALEZ SANCHEZ RUTH
LAVIÑA FAÑANAS CONCEPCION
PALACIN BURREL SILVIA
GASTON DENA CLARA
MEDINA GIMENO RUT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha mantenido el sistema de calidad adecuándolo tanto a los nuevos equipos asignados tras la resolución del Concurso Público del año 2018 como a las ubicaciones provisionales mientras se está reformando el Laboratorio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica.
Las actividades realizadas han sido las siguientes:
- Reuniones semanales de la COMISIÓN DE OBRAS DEL LABORATORIO HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA formada por miembros de la Dirección del hospital, de los laboratorios implicados, del adjudicatario del concurso y del estudio de arquitectura encargado de las obras de reforma. Un total de 23 reuniones en 2019.
- Formación del personal del Laboratorio en filosofía Lean y creación de 4 grupos de trabajo que han desarrollado las siguientes tareas:
• Grupo I Bioquímica Rutina: estudio de necesidades de equipamiento, de mobiliario, cambio de pruebas a otros analizadores, adecuación de espacios, ubicación de frigoríficos/congeladores, distribución y racionalización de microscopios y petición electrónica.
• Grupo II Bioquímica Urgencias: estudio de necesidades de equipamiento, de mobiliario, distribución en la 4ta planta (cambios, retiradas, movimientos), habilitar perfil TEL Urgencias en Modulab, tubo neumático para muestras en 4ta planta con web cam y avisador de sonido de llegada de tubos, ubicación Access 2 en Urgencias.
• Grupo III Secretaría + Extracciones: estudio de necesidades de equipamiento, de mobiliario, flujos de muestras, personas e información, cartelería asociada y circuito de tratamiento de pacientes según origen de petición.
• Grupo IV Adecuación de espacios: estudio sala de espera oncológicos, sala de espera de pacientes y adecuación de espacios en general.
- Cambio de varios equipos a los asignados por el Concurso Público del año 2018: Bioflash, Horiba G11, AU5810, DXI800 nuevo entre otros.
- Cambio de ubicación al espacio provisional con instalación de equipos nuevos y traslado de equipos ya existentes con su consiguiente verificación técnica. Este traslado se realizó de forma que no hubo tiempo de inactividad en nuestro Servicio y se está trabajando en las ubicaciones provisionales desde agosto de 2019:
• Edificio de Administración: registro de peticiones, extracciones y sala espera de pacientes.
• Planta 1ra Edificio General: Laboratorio de rutina (bioquímica general, hormonas, marcadores tumorales, inmunología, proteínas y orinas).
• Planta 2da Edificio General: Laboratorio de seminogramas e inseminación artificial.
• Planta 4ta Edificio General: Laboratorio de Urgencias.
- Cambio de personal incluidos puestos clave como la Responsable de Calidad y la Responsable Técnico de Hemoglobina Glicosilada y Sangre Oculta en Heces.
El calendario previsto se ha pospuesto debido a que tras impugnaciones la resolución del concurso fue finalmente en mayo de 2019 y el consiguiente retraso en la obras de reforma cuya finalización está prevista para febrero-marzo de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Elaboración y/o revisión de los siguientes documentos:
Actualización de registros de Nivel II: PG-01-1_HU(E)S_L Listado de proveedores; PG-01-2_HU(E)S_L Inventario Laboratorio Análisis; PG-01-3_HU(E)S_L Ubicaciones. Modificación del PTG-01-7_HU(E)S_L Cualificación-Actividades Turno Rotatorio.
De nivel III: PTG-01_HU(E)S_L-BQ Manual de acogida; PTE-01_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos; PTE-01-1_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento de Equipos; PTE-01-3_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU5800; PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Bioquímica General; PTA-28_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Fármacos; PTA-29_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis Hemoglobina Glicosilada; PTA-03_HU(E)S_L-BQ Definición De Perfiles, Valores De Referencia, Valores De Alarma; PTA-04_HU(E)S_L-BQ Controles de Calidad; PTG-07_HU(E)S_L-BQ Plan de contingencia; PTG-01-1_HU(E)S-BQ Listado de Personal.
Se ha cumplido el estándar previsto de revisar >80% de los procedimientos previstos. Incluso se han detectado otros para los que no estaba prevista su revisión pero se ha visto la necesidad de ello. Estos procedimientos tendrán que volver a ser revisados y otros elaborados (por ejemplo los relativos a la futura nueva cadena automatizada) cuando finalicen las obras de reforma y se traslade de nuevo el laboratorio a la ubicación

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0139

## 1. TÍTULO

**ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

definitiva.
Se ha realizado la verificación de los nuevos equipos instalados que están implicados directamente en el alcance de la acreditación, estableciendo para cada uno de ellos y por cada técnica el coeficiente de variación (CV%), error sistemático (ES%) y el error total (ET).
En 2019 se han realizado la Revisión por la Dirección y auditorías tanto interna como externa (ENAC) en la ubicación provisional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Todas las actividades llevadas a cabo han requerido una gran colaboración por parte de todo el personal (administrativos, celadores, auxiliares, TEL, DUEs y facultativos) ya que el laboratorio actualmente está distribuido en 4 puntos distintos del hospital. Gracias al trabajo previo de estudio de necesidades y la implicación del personal en la organización del laboratorio en la ubicación provisional, en beneficio del paciente y de los clínicos solicitantes, se ha logrado que el Servicio no tuviese tiempo de inactividad durante el traslado. Actualmente a pesar de trabajar en espacios muy reducidos seguimos asegurando la calidad de los análisis.
Queda pendiente por tanto de nuevo la revisión de todos los procedimientos implicados que y la elaboración de otros nuevos (por ejemplo los relativos a la futura nueva cadena automatizada) cuando finalicen las obras de reforma y se traslade de nuevo el laboratorio a la ubicación definitiva. Se espera que el traslado al laboratorio definitivo una vez acabada la reforma tenga el mismo éxito. Se han detectado posibles áreas de mejora y será necesario crear nuevos grupos de trabajo para realizar estudios previos al traslado sobre el flujo de muestras, pacientes, ubicaciones, etc.
En 2020 está prevista la realización de auditoría interna ya en la ubicación definitiva previa a la auditoría externa por ENAC prevista para principios de 2021.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/139 ========== ***

Nº de registro: 0139

Título
ADECUACION DE LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA ACREDITACION SEGUN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANALISIS CLINICOS Y BIOQUIMICA CLINICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA CLAVER AINOHA, PUZO FONCILLAS JOSE, VALLES DIEZ IÑAKI, LAVIÑA FAÑANAS CONCHA, GASTON DENA CLARA, MEDINA GIMENO RUT, PALACIN BURREL SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODAS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Mantenimiento de la Acreditación ISO15189
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El laboratorio del Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica tiene la acreditación ISO15189 desde el año 2010. La implantación de un sistema de calidad supone un importante valor añadido para el laboratorio y para todo el medio hospitalario, puesto que una empresa externa (en este caso ENAC) acredita que tiene un sistema de Gestión de Calidad conforme a la normativa y que el laboratorio tiene la capacidad técnica para la realización de los ensayos físico-químicos incluidos en el alcance. Las mejoras en cuanto a instalaciones y equipamientos del laboratorio a consecuencia del Concurso Público del año 2018, suponen gran cantidad de cambios en cuanto a los procedimientos en vigor del laboratorio: sustitución de equipos, modificación de flujo de trabajo, redistribución del personal, etc.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el presente proyecto se pretende mantener el sistema de calidad adecuándolo a las reformas, de espacios y

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0139

## 1. TÍTULO

**ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

equipamientos, acontecidas en el Servicio durante el año 2019.

MÉTODO
Se deberán revisar y/o elaborar, al menos, la siguiente documentación:

De nivel II:
Revisar si algún cambio en el Laboratorio de Análisis Clínicos afecta a algo de Preanalítica, etc.
Actualización de registros pertinentes, por ejemplo: PG-01-1_HU(E)S_L Listado De Proveedores; PG-01-2_HU(E)S_L Inventario Laboratorio Análisis, PG-01-3_HU(E)S_L Ubicaciones.
Modificación del PTG-01-7_HU(E)S_L Cualificación-Actividades Turno Rotatorio.

De nivel III:

PTE-01_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos.
PTE-01-1_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento de Equipos. PTE-01-2_HU(E)S_L-BQ Registro Mantenimiento de neveras/Congeladores.
PTE-01-3_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU5800.
PTE-01-4_HU(E)S_L-BQ Registro de Mantenimiento AU-5800 Electrodos y Lámparas.
PTE-03_HU(E)S_L-BQ Funcionamiento de Equipos AU 5800.
PTE-08_HU(E)S_L-BQ Funcionamiento Automate 2500.
PTE-09_HU(E)S_L-BQ Mantenimiento de Equipos. Automate 2500. PTP-06_HU(E)S_L-BQ Recepción De Muestras.
PTA-05_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Bioquímica General. PTA-28_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Fármacos PTA-29_HU(E)S_L-BQ Procedimiento De Análisis. Hemoglobina Glicosilada PTA-03_HU(E)S_L-BQ Definición De Perfiles, Valores De Referencia, Valores De Alarma. PTA-04_HU(E)S_L-BQ Controles de Calidad. Bioquímica General y Fármacos. PTG-06_HU(E)S_L-BQ Plan de formación en urgencias.
PTG-07_HU(E)S_L-BQ Plan de contingencia.
Además, se tendrán que modificar y actualizar todos los registros derivados de los procedimientos citados anteriormente.

• Detectar nuevas necesidades en cuanto a procedimientos y/o registros, en las técnicas incluidas en el alcance de la acreditación.
• Realizar la verificación de los nuevos equipos instalados que estén implicados directamente en el alcance de la acreditación, estableciendo para cada uno de ellos y por cada técnica el coeficiente de variación (CV%), error sistemático (ES%) y el error total (ET).
• Realizar una Auditoría interna y corregir las desviaciones que se hallen en la misma, antes de la siguiente auditoría externa.
• Realizar la auditoría externa.

INDICADORES
Indicador: % de procedimientos revisados (>80%)

La evaluación se realizará según los puntos indicados en la propia norma ISO15189: auditoría interna, revisión por la dirección y auditoría externa.

DURACIÓN
El servicio está acreditado desde el año 2010. El sistema de calidad es un proyecto vivo, que continúa desde esa fecha. Durante el año 2019 se realizarán obras en el laboratorio, que reacondicionaran el espacio y se instalaran nuevos equipos como una cadena de automatización.

El calendario propuesto es el siguiente:

• Mayo-Agosto 2019: obras de acondicionamiento del nuevo laboratorio.
• Cuando se instalen los nuevos equipos, aunque no sea la ubicación definitiva, se podrá realizar la verificación de los mismos.
• Junio-Septiembre 2019: Revisión/elaboración de procedimientos.
• Octubre 2019: Envío de los procedimientos para inclusión en intranet calidad del Salud.
• Octubre 2019: Auditoría externa ENAC. Se valorará prorrogar la auditoría o una suspensión temporal de la acreditación en función de la evolución del proyecto.

OBSERVACIONES

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

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0139

## 1. TÍTULO

**ADECUACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA ACREDITACIÓN SEGÚN LA NORMA ISO15189 PARA LAS NUEVAS INSTALACIONES DEL SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA CLÍNICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0140

## 1. TÍTULO

**"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS**

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... IÑAKI VALLES DIEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLAVER AINOHA
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
FERRER GIMENEZ MARGARITA
SUBIAS LONCAN MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con fecha enero de 2020, continúan las obras de remodelación del laboratorio de Análisis Clínicos, las cuales han sufrido un moderado retraso en su cronograma de realización, por causas ajenas a nuestro Servicio. Esta situación ha supuesto que tanto el personal como el equipamiento analítico se encuentran localizados todavía en una ubicación transitoria y provisional, con una disponibilidad de espacio muy reducida, y claramente insuficiente para desempeñar todo el trabajo.

Por este motivo, varios de los equipos analíticos que formarán parte del nuevo laboratorio, no han podido ser renovados todavía, o bien, equipos de nueva incorporación no se han podido implantar.

Este último es el caso concreto del equipamiento analítico que se incluye en el presente proyecto. Es cierto que se ha recibido físicamente, por parte de la casa adjudicataria del concurso en lo referente a la Autoinmunidad, parte de dicho equipamiento, como microscopio de fluorescencia, ordenador con un software específico, y consumibles como portaobjetos con células Hep-2, etc.

Sin embargo, por la razón antes señalada, no se han podido instalar dichos equipos en el laboratorio, y tampoco ha sido posible, en consecuencia, recibir ningún tipo de formación por parte del personal, ni poner a punto la técnica de inmunofluorescencia indirecta (I.F.I.) para llevar a cabo los distintos objetivos planteados en el proyecto.

Por otra parte, la empresa adjudicataria del concurso en la sección de Autoinmunidad sí instaló hace unos meses (primavera-verano) de 2019 un equipo analítico nuevo (Bioflash), para la cuantificación de auto-anticuerpos mediante la tecnología de quimioluminiscencia (C.L.I.A.). Dado que esta parte de la sección de Autoinmunidad sí está puesta en marcha actualmente en nuestro laboratorio, con resultados satisfactorios, en cuanto tengamos disponible la tecnología de I.F.I. podremos realizar los estudios comparativos entre ambas tecnologías, planteados como parte de los objetivos de este proyecto.

En principio, y siempre siendo cautelosos en los plazos, ya que no depende del personal del laboratorio, sino de la finalización de las obras, a lo largo del año 2020 se podrá desarrollar el proyecto solicitado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No disponemos todavía de resultados ni de indicadores para evaluar los objetivos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El personal implicado en este proyecto tiene motivación en su realización, pero hasta la fecha no ha sido posible, y prácticamente todo lo planteado como objetivos en el proyecto está pendiente. Más adelante podrán extraerse conclusiones basadas en resultados.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/140 ========== ***

Nº de registro: 0140

Título
“VERDE QUE TE QUIERO VERDE”: PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

Autores:
VALLES DIEZ IÑAKI, GARCIA CLAVER AINOHA, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, FERRER GIMENEZ MARGARITA, SUBIAS LONCAN MARIANO

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0140

## 1. TÍTULO

### "VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica del Hospital San Jorge de Huesca está actualmente inmerso en un proceso de remodelación de sus instalaciones.

Tras la reciente resolución de la convocatoria del concurso público para la provisión del laboratorio con nuevos equipos y metodologías de trabajo, se va a proceder a la realización de cambios, y la sustitución de los equipos actuales por otros más modernos, rápidos y capaces de dar una respuesta adecuada a la creciente demanda, por parte de los clínicos, de pruebas de laboratorio específicas.

Una de las secciones del laboratorio que se ven afectadas por estos cambios es la de Autoinmunidad. Hasta la fecha, en esta sección se ha realizado la detección de autoanticuerpos en muestras de suero, mediante la técnica de quimioluminiscencia (C.L.I.A.). Esta tecnología, claramente contrastada, tiene una calidad analítica alta y está muy extendida en distintos laboratorios. Sin embargo, todas las guías clínicas actuales coinciden en que, al menos para el cribado de autoanticuerpos antinucleares (A.N.A.s), la técnica de referencia debe ser la I.F.I., y posteriormente se pueden utilizar otras técnicas, como la C.L.I.A., para confirmar la presencia de autoanticuerpos específicos.

Por este motivo, consideramos que la remodelación del laboratorio puede ser aprovechada como una oportunidad para poner en marcha la técnica de I.F.I., con equipamiento y consumibles adecuados, en el estudio de pacientes con posibles enfermedades autoinmunes. Los resultados obtenidos por I.F.I. complementarán a los obtenidos mediante C.L.I.A., técnica que seguirá estando presente en nuestro laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Puesta en marcha y valoración de la calidad analítica de un nuevo sistema automatizado de I.F.I. para la detección y cuantificación de autoanticuerpos en muestras de suero de pacientes con posibles enfermedades autoinmunes.

MÉTODO
- Instalación de un sistema automatizado para la detección de autoanticuerpos mediante la técnica de I.F.I. Para ello se proveerá al laboratorio con el equipamiento técnico (analizadores), consumibles (portaobjetos con tejidos, controles, marcadores fluorescentes, etc.) y dotación informática adecuada (software, biblioteca/galería de imágenes, etc.) para el correcto procesamiento de muestras e interpretación de resultados.
- Formación (cursos, seminarios, demostraciones prácticas, etc.) del personal técnico y facultativo, a cargo de la empresa adjudicataria del concurso en la sección de Autoinmunidad.
- Valoración de la calidad de los resultados (sensibilidad, especificidad, imprecisión, valores predictivos, etc.) obtenidos en muestras de suero de pacientes y en controles de calidad internos, procesadas mediante I.F.I. Comparación con los resultados obtenidos mediante la técnica de C.L.I.A.
- Valoración de la posible inclusión de la técnica de I.F.I. en algún programa de control de calidad externo.
- Definición de los criterios clínicos y de laboratorio a tener en cuenta para la inclusión de las muestras en el estudio/cribado mediante la técnica de I.F.I., novedosa en nuestro laboratorio.
- Adecuación de la carga de trabajo real a los recursos materiales y humanos disponibles en nuestro Servicio.

INDICADORES
- Número de muestras de suero procesadas por I.F.I.
- Número absoluto y porcentaje de muestras negativas y positivas para distintas especificidades antigénicas, en muestras procesadas por I.F.I.
- Porcentaje de muestras procesadas por I.F.I. y por C.L.I.A., en el contexto de cribado y confirmación de resultados.
- Concordancia (%) de los resultados obtenidos por I.F.I. con los de C.L.I.A.
- Control de calidad interno y, si procede, también externo.
- Casos en los que los resultados de autoanticuerpos orientan al diagnóstico clínico.

DURACIÓN
- Primavera-verano 2019 (empresa adjudicataria, y personal facultativo):

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0140

## 1. TÍTULO

**"VERDE QUE TE QUIERO VERDE": PUESTA EN MARCHA DE UN SISTEMA AUTOMATIZADO DE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA (I.F.I.) PARA LA DETECCION Y CUANTIFICACION DE AUTOANTICUERPOS**

```
 * Instalación de los equipos analíticos e informáticos, por parte de la casa comercial adjudicataria del lote de
Autoinmunidad en el concurso.
* Puesta a punto de las técnicas a desarrollar por I.F.I.
* Formación, si procede, del personal técnico y facultativo.
- Verano-otoño-invierno 2019, y 2020 (personal facultativo):
* Valoración de la calidad analítica de las técnicas mediante I.F.I.
* Establecimiento de criterios para realizar cribado de muestras por I.F.I.
* Adecuación de la carga de trabajo a los recursos técnicos y humanos.
* Comparación de resultados obtenidos por I.F.I. con obtenidos por C.L.I.A.
* Valoración de los resultados obtenidos en los controles de calidad.

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 - 2019/1330

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AXULIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES SEGURA ISARRE
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN BETRAN MARIA JOSEFA
LAVIÑA FAÑANAS CONCEPCION
SOLANS BLECUA ISABEL
CORED NASARRE ROSA
GABARRE CAMPOS GERARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
12 DE JUNIO DE 2019. REUNION DE ENFERMERAS (CONCEPCION LAVI?A, ISABEL SOLANS), SUPERVISORA (ROSA CORED). TCAE (M. JOSEFA OLIVAN Y GERARDO GABARRE) PARA REALIZAR UN DOSSIER CON LAS TAREAS QUE REALIZA EL TCAE EN LA SALA DE EXTRACCIONES. DESCRIBIR LAS FUNCIONES A REALIZAR.
12 DE JUNIO DE 2019. REUNION DE LA SUPERVISORA CON LOS TCAE, PARA REALIZAR UN DOSSIER CON LAS TAREAS A REALIZAR LA ULTIMA JORNADA DE LA MA?ANA
19 DE JUNIO DE 2019, REUNION DE ENFERMERAS, SUPERVISORA Y TCAES, PARA CORREGIR EL BORRADOR DE LAS TAREAS DE LOS TCAES EN LA SALA DE EXTRACCIONES. POSTERIORMENTE REUNION DE LOS TCAES CON LA SUPERVISORA PARA CORREGIR EL BORRADOR DE LA SEGUNDA PARTE DE LA MA?ANA, CALENDARIOS DE LIMPIEZAS Y ORDEN DE LOS ALMACENES Y OTRAS FUNCIONES.
26 DE JUNIO DE 2019. FINALMENTE SE ULTIMA EL PROCEDIMIENTO DEFINITIVO DE LAS FUNCIONES A REALIZAR POR LOS TCAES DURANTE TODA LA JORNADA.
FUNCIONES A REALIZAR:
PRIMERO : PREPARAR NEVERAS PARA DONACIONES DE BANCO DE SANGRE
SEGUNDO: EN LA SALA DE EXTRACCIONES, RECOGER MUESTRAS BIOLOGICAS DE LOS PACIENTES QUE NO TIENEN EXTRACCION, COLABORAR CON LA ENFERMERA EN LAS EXTRACCIONES DE NI?OS, PACIENTES CON DIFICULTAD DE MOVIMIENTO, PACIENTES CON DIFICULTAD EN LA EXTRACCION. RECOGER LOS TUBOS EXTRAIDOS Y ORGANIZAR PARA LA DISTRIBUCION EN LAS DIFERENTES SECCIONES.
TERCERO: RECOGER LOS PUESTOS DE EXTRACCION. REPOSICION DE MATERIAL Y LIMPIEZA CONTROL DE EXISTENCIAS.
CUARTO: DE 8,30 A 14 HORAS "HORARIO DE DONACION DE SANGRE" SERA EL TCAE JUNTO CON LA ENFERMERA DESIGNADA PARA ESTA TAREA LOS QUE ACUDIRAN A LA SALA DE DONANTES A ATENDER LA DONACION. EL TCAE DEJARA SU PRESENCIA EN LA SALA DE EXTRACCIONES PARA ATENDER AL DONANTE Y POSTPONDRA ESAS TAREAS PARA CUANDO SE FINALICE LA DONACION.
QUINTO: EL TCAE ORDENARA LOS ALMACENES DE LOS LABORATORIOS DE HEMATOLOGIA Y BIOQUIMICA CUANDO LLEGUEN LOS PEDIDOS. DIARIAMENTE REVISARA Y MANTENDRA ORDENADOS DICHOS ALMACENES.
SEXTO: LIMPIEZA DE CENTRIFUGAS BIMENSUAL. LIMPIEZA DE NEVERA DE SALA DE EXTRACCIONES BIMENSUAL, LIMPIEZA DE ESTUFA DE FERTILIDAD BIMENSUAL. LIMPIEZA DE CAMPANA DE FERTILIDAD MENSUAL. LIMPIEZA DE CAMPANA DE ORINAS MENSUAL.
SEPTIMO: REPOSICION DE MATERIAL DE LA SECCION DE BANCO DE SANGRE.
OCTAVO: LIMPIEZA DE GRADILLAS DE LAS DISTINTAS SECCIONES DE BIOQUIMICA. DESECHAR TUBOS.
NOVENO: A ULTIMA HORA SE REPONE LA SALA DE DONANTES Y SE DEJA EN LAS CONDICIONES OPTIMAS PARA RECIBIR EL PRIMER DONANTE DEL DIA SIGUIENTE.
DECIMO: DE 12 A 14 HORAS ES EL HORARIO DE REALIZACION DE SANGRIAS TERAPEUTICAS. EL TCAE ESTA PRESENTE JUNTO CON LA ENFERMERA DESIGNADA, DURANTE LA EXTRACCION.
EN SEPTIEMBRE SE REALIZA UNA GUIA CON EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DEL TCAE
EL LUGAR DONDE SE DEJA EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO ES EN LA SALA DE EXTRACCIONES. SE VALORA INCLUIR ESTE PROCEDIMIENTO EN EL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
BORRADOR CONSENSUADO POR TCAE, SUPERVISORA, FACULTATIVOS Y ENFERMERAS EL DIA 28 DE JUNIO DE 2019.
PROCEDIMIENTO DEFINITIVO ELABORADO EN SEPTIEMBRE.
UNICAMENTE QUEDA PENDIENTE MODIFICAR ESTE PROCEDIMIENTO CUANDO FINALICEN LAS OBRAS DEL NUEVO LABORATORIO QUE HAN SUFRIDO UN RETRASO EN LA PREVISION QUE SE A?ADIRAN LAS NECESIDADES QUE SURJAN.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBIDO A LAS OBRAS DEL NUEVO LABORATORIO, HAN SURJIDO INCIDENCIAS QUE HEMOS TENIDO QUE SOLVENTAR DE LAS CUALES HEMOS APRENDIDO Y TENDREMOS EN CUENTA PARA EL TRASLADO DEFINITIVO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1330 ========== ***

Nº de registro: 1330

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1330

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AXULIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Título
ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SEGURA ISARRE MARIA ANGELES, OLIVAN BETRAN MARIA JOSEFA, LAVIÑA FAÑANAS CONCEPCION, SOLANS BLECUA ISABEL, CORED NASARRE ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
Debido a las incidencias ocurridas en el último año, se ha detectado una falta de descripción de puesto de trabajo, con su alcance y tareas a realizar. Este puesto de trabajo es único, pues debido a la reconversión de los puestos de auxiliar de enfermería ya solo queda este puesto y esta ubicado en una de las secciones más importantes del laboratorio, como es la sala de extracciones. Preparación de tubos especiales, curvas de glucemia, reposición de material, ubicación de materiales en almacén, localización de material, asistencia en sala de donantes, limpiezas, etc, son sus tareas y cuando viene una persona nueva a realizar la sustitución, no hay ningún documento que se pueda leer y sea referente en su labor.

RESULTADOS ESPERADOS
Que todas persona que realice la sustitución ó incidencia en este puesto de trabajo, pueda ampararse en un documento escrito para resolver dudas y saber sus tareas diarias, semanales ó mensuales.

MÉTODO
Realización del procedimiento de trabajo de este puesto. Se realizarán reuniones con las enfermeras y supervisora, para consensuar y definir las tareas a realizar. Este procedimiento será la guía de los sustitutos de este único puesto en el servicio.

INDICADORES
El auxiliar de enfermería titular diseñara un borrador con todas las tareas que realiza y será consensuado junto con las enfermeras y supervisora. Esta guía se irá modificando en sucesivas reuniones, hasta conseguir la definitiva. Tendremos en cuenta también las necesidades del nuevo laboratorio, se empiezan obras en Mayo y terminarán previsiblemente en Septiembre u Octubre, con la incorporación de una cadena común y la unificación de los laboratorios de análisis clínicos y hematología, se elaborara el procedimiento con estas nuevas necesidades. En Diciembre del año 2019, estará realizado e implantado el procedimiento de trabajo del puesto de auxiliar de enfermería en el laboratorio.

DURACIÓN
De Mayo a Junio, se diseñara el borrador y se realizarán reuniones con las enfermeras inmersas en el proyecto.
Julio, Agosto y Septiembre, se tomarán notas de posibles innovaciones, pero serán meses sin reuniones pues estaremos en obras de los nuevos laboratorios.
Octubre, puesto en común de las notas y borrador.
Noviembre, elaboración del procedimiento definitivo.
Diciembre, puesta en marcha.

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 - 2019/0796

## 1. TÍTULO

## TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA VIDAL MAYO
· Profesión ..... TEAP
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MODREGO COMA ELENA
ARROYO DIAZ MARIA DOLORES
GARASA PONZ LOURDES
GARCIA CALDERON MARIA DEL MAR
PEDRERO GONZALEZ NOELIA
GRACIA FUERTES SANDRA
MONTON SANCHEZ ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Reunión de todos los miembros del servicio de Anatomía Patológica para identificar los puntos fuertes y errores más frecuentes. Se respetó el calendario previsto.
2.- Elaboración de póster donde se recojan las condiciones de envío de las muestras, así como fotos de los diversos tipos de contenedores y líquidos de preservación. El calendario previsto se vio comprometido varios meses por bajas, modificación de pautas de trabajo con motivo de la ISO 15189 y la inestabilidad de la plantilla con el verano.
3.- Elaboración de una encuesta de satisfacción para valorar el póster y su utilidad.
4.- Elaboración de una hoja que recoja los datos de entrega de muestras para facilitar la trazabilidad y una mejor recogida de las incidencias. Se respetó el calendario previsto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se ha realizado la reunión con todo el personal del laboratorio.
2.- Se ha realizado el póster.
3.- Se ha comunicado a los centros la elaboración del póster, pero no se ha culminado el envío con acuse de recepción.
4.- Se han elaborado pósters en cantidad suficiente para distribuirse >80% de los servicios y centros, sin embargo queda pendiente de resolución la impresión y envío.
5.- Se ha elaborado la encuesta de satisfacción.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La lección más importante que hemos extraído es la necesidad de comunicación entre los diversos srvicios y entros sanitarios y el servicio de Anatomía Patológica para reducir errores evitables.
Queda pendiente el análisis de las encuestas de satisfacción con el fin de valorar la posibilidad de modificación del póster elaborado.
El proyecto es sostenible dado el bajo coste, así como fácil de replicar con escasas modificaciones en otros servicios y/o centros.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/796 ========== ***

Nº de registro: 0796

Título
POSTER INFORMATIVO REFERENTE AL TRATAMIENTO Y CONSERVACION DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
VIDAL MAYO ANA, MODREGO COMA ELENA, ARROYO DIAZ MARIA DOLORES, GARASA PONZ LOURDES, GARCIA CALDERON MARIA DEL MAR, PEDRERO GONZALEZ NOELIA, GRACIA FUERTES SANDRA, MONTON SANCHEZ ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de muestras que se envían al servicio de anatomía patologíca
Línea Estratégica .: Eficiencia

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0796

## 1. TÍTULO

### TRATAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS PARA SER PROCESADAS EN EL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el Servicio de Anatomía Patológica, se detecta una desinformación sobre las condiciones en las que se debe recoger las muestras, bien sea desde quirófano, consultas, centros de salud, hospitalización, urgencias....., si estas se deben remitir en formol, suero fisiológico, en fresco o si deben de estar sumergidas o solo fijadas, si se deben guardar a temperatura ambiente, estufa o nevera. Las condiciones optimas de recogida y conservación harán que un resultado sea correcto o no.

RESULTADOS ESPERADOS
La realización de un poster informativo que servirá de guía a todos los servicios y facilitará el trabajo a todo el personal. Será esquemático con fotos de los contenedores, características de la conservación, medios líquidos adecuados en los que depositar la muestra y hoja de cumplimentación para la trazabilidad. El objetivo final de este poster es la unificación de criterios en el tratamiento y conservación de las muestras para obtener un optimo resultado.

MÉTODO
Elaboración del poster con fotos de los contenedores y líquidos adecuados para conservación de la muestra, temperatura en la que se deben conservar, hoja de trazabilidad con el lugar donde se deben anotar las observaciones e incidencias. Una vez realizado el poster, se enviará a cada servicio del Hospital San Jorge, Urgencias, Centros de Salud, Hospital de Jaca y Hospital Sagrado Corazón para que sirva de guía rápida y facilite el trabajo a los profesionales.

INDICADORES
Realizar una reunión con todo el servicio de Anatomía Patológica, patólogos, TEAP, supervisora y administrativos para puesta en común de los puntos fuertes y errores más frecuentes en la recepción de las muestras.
Los indicadores serán los siguientes:
Reunión con el personal del servicio: SI/NO
Realización del poster: SI/NO
Comunicación a los centros implicados de la realización del poster y envío del mismo con acuse de recepción: SI/NO
Numero de posters/total servicios>80%
Elaboración de la encuesta de satisfacción: SI/NO

DURACIÓN
Marzo y Abril del 2019; programar reunión del servicio, Patólogos, TEAP, Supervisora y Administrativos, para diseñar el poster.
Mayo a Junio del 2019; realización del poster.
Julio 2019; envío del poster a todos los centros.
Noviembre 2019; elaboración de la encuesta de satisfacción.
Diciembre del 2019; envío de la encuesta de satisfacción a todos los servicios sobre la publicación del poster.

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 - 2019/0823

## 1. TÍTULO

## REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR CASADO GONZALEZ
· Profesión ..... TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BRAVO JUAREZ AINOHA
PONCE VIÑA VANESSA
MOLINERO PEREZ JOSEFA
PAGES COLOMA ROSA ANGELA
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
FERNANDEZ TAULES CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han cumplido los plazos estipulados en el proyecto, desglosados de tal manera:
-Marzo a Mayo: Desarrollo del borrador de los procedimientos de trabajo de cada sección del laboratorio y elaboración por parte del personal administrativo de una hoja Excel para registro de revisiones.
-Junio a Julio: Puesta en común (TEAP y patólogos) de todos los borradores, sugerencias y distribución de tareas en cada sección. Subsanación de errores encontrados en los borradores.
-Julio a Octubre: Elaboración y publicación de los procedimientos de trabajo definitivos, revisados por los patólogos y jefe de servicio.
-Octubre: Realización de auditoría interna y externa.

Los recursos empleados en la realización de todo el proyecto han sido:
-Tiempo: Tanto de TEAPs, patólogos, supervisora como personal administrativo, destinando parte de su jornada a la realización de procedimientos, revisiones, sugerencias ect...
-Carpetas virtuales para guardar los procedimientos definitivos, una en cada ordenador de cada sección (teniendo siempre en cuenta que la versión vigente del procedimiento es la que este colgada en la INTRANET, y no una versión impresa del mismo)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El objetivo principal del proyecto era crear los procedimientos de trabajo para toda sección del Laboratorio de Anatomía Patológica, de tal manera que hubiera una única forma de realizar la tarea diaria en cada uno de los departamentos del Laboratorio, teniendo claramente definido como se debe realizar la misma. Esto era imprescindible tanto para la obtención de la acreditación ISO 15189 por parte del Laboratorio, como para que el personal de nueva incorporación en el mismo tuviera una guía de procedimientos clara sobre como llevar a cabo el trabajo diario.

El impacto del proyecto ha sido la obtención de los objetivos principales en su totalidad, gracias a la colaboración en el mismo de todo el personal implicado en los procedimientos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ha sido un duro esfuerzo, ya que el proyecto partía de una base deficiente (ausencia manuales de procedimientos de trabajo escritos). Ahora se cuenta con una guía de procedimientos bien elaborada, actualizada, sencilla y de fácil acceso a todo aquel miembro de laboratorio en el que pueda surgir alguna duda en el trabajo diario.
Es muy importante seguir actualizando los procedimientos de acuerdo a los cambios que vayan surgiendo en los mismos, debido a los constantes avances de la medicina en el ámbito de la Anatomía Patológica y la Citología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/823 ========== ***

Nº de registro: 0823

Título
REALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA PARA LA GESTION DE LA CALIDAD

Autores:
CASADO GONZALEZ MARIA PILAR, BRAVO JUAREZ AINOHA, PONCE VIÑA VANESSA, MOLINERO PEREZ JOSEFA, PAGES COLOMA ROSA ANGELA, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, FERNANDEZ TAULES CRISTINA

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0823

## 1. TÍTULO

### REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO DE TODAS LAS SECCIONES DEL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SE TRABAJA CON MUESTRAS RECIBIDAS EN EL SERVICIO
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado en la unidad la falta de procedimientos de trabajo escritos y consensuados de las distintas secciones del laboratorio. El objetivo para este año es trabajar en calidad, para conseguir la acreditación del laboratorio de Anatomía Patológica en la norma ISO 15189.

RESULTADOS ESPERADOS
Realización de los procedimientos de trabajo de las diferentes secciones para que sirvan de guía para todos los TEAP del servicio y los de nueva incorporación. En Diciembre del año 2019 deben estar elaborados los procedimientos de trabajo de las secciones de macro, corte, citología, inmunología y molecular. Todo el personal TEAP trabajará de igual manera, con los mismos protocolos y utilizando los mismos tiempos.

MÉTODO
La TEAP responsable de la sección en la actualidad, diseñara un borrador que será el que nos servirá de guía para elaborar el procedimiento de trabajo definitivo. Este borrador se pasará por todos los TEAP del servicio para que aporten, supriman o modifiquen su contenido. Cada uno resumirá su procedimiento de trabajo. Se establecerá un calendario con fechas para posteriores reuniones y puestas en común hasta llegar al procedimiento definitivo. El último paso será la aprobación por parte de los patólogos y el jefe de servicio de cada uno de los procedimientos.

INDICADORES
Que el 90% de los TEAP y Patólogos realicen las revisiones de los procedimientos.
Realización de una hoja Excel para registro de revisiones. SI/NO
Que estén realizados al menos 4 procedimientos de trabajo, para su implantación en el servicio al finalizar el año 2019. SI/NO
Elaboración de una encuesta sobre la clarificación y buen uso del procedimiento de trabajo por parte de los TEAP de nueva incorporación. SI/NO

DURACIÓN
Marzo a Mayo: realización del boceto del procedimiento y revisiones por parte del personal TEAP del laboratorio de Anatomía Patológica. Las administrativas realizarán una hoja Excel con registro de revisiones.
Junio a Septiembre: reuniones para consensuar las sugerencias, errores, optimización de tiempos y clarificación de tareas.
Octubre y Noviembre: elaboración y publicación de los procedimientos de trabajo definitivos, revisados por los patólogos y jefe de servicio.
Diciembre: diseño y presentación de la encuesta a los trabajadores de nueva incorporación.

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 - 2019/0849

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER QUEIPO GUTIERREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA
GOMEZ GONZALEZ CARLOS
MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL
FUERTE NEGRO BEGOÑA
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
GRACIA FUERTES SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EL proceso se inició 22 mayo de 2019, con lo cual la andadura del proyecto es de poco más de 6 meses. Las acciones realizadas se enumeran a continuación

1.- Durante 3 semanas consecutivas antes del inicio del proyecto se recordó durante el comité multidisciplinar de mama la necesidad de que no se espere hasta el final del día para el envío de las biopsias con aguja gruesa (BAG) con BIRADS 4B,4C Y 5, si no que lleguen en la medida de lo posible antes de las 11:30 para su inclusión en el procesador de tejidos. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.
3.- Durante 2 semanas antes del inicio del proyecto de mejora, a modo de preparación, y 2 después se recordó a los TEAP y patólogos la importancia de este tipo de muestras, considerándose como urgentes y, por tanto, incluyéndose con mayor celeridad posible. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.
3.- Durante 2 semanas antes del inicio del proyecto de mejora, a modo de preparación, y 2 después se recordó a los TEAP la importancia de este tipo de muestras, considerándose como urgentes y, por tanto, considerándose como urgentes. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.
4.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 3 del mismo, se insistió a los patólogos la necesidad de no demorar la firma del informe a la espera de completar el estudio inmunohistoquímico. Para ello, se realizaron informes parciales firmados en la historia clínica electrónica, posteriormente complementados con la adición de informes complementarios, también consultables allí. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.
5.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 3 del mismo, se insistió a los patólogos que una vez firmado el informe (en ocasiones parcial como se explica en la actividad 4) se remita a la consulta de patología mamaria y/o las consultas 21 y/o 23, según donde se ubique el Dr. Ramón Cajal, para así acelerar la derivación para la RMN. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.
6.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 3 del mismo se explicó con pequeñas charlas a las secretarias la necesidad, importancia y urgencia del envío del informe firmado a las consulta de patología mamaria y/o las consultas 21 y/o 23, según donde se ubique el Dr. Ramón Cajal. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del jefe de servicio de Anatomía Patológica.
7.- Durante las 2 semanas previas al inicio del proyecto y las primeras 2 del mismo se hizo hincapié en las consultas donde se encuentre el Dr. Ramón Cajal de la necesidad de darle prioridad a la canalización de la derivación externa para la realización de la RMN. El calendario previsto se cumplió. Los recursos empleados fueron mini charlas por parte del Dr. Ramón Cajal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto lleva en marcha poco más de 6 meses. Tal como se indicaba en la memoria del proyecto se realizaría una evaluación a los 6 meses, que se presenta aquí, para implantar medidas correctoras si fuese necesario.
La demora media fue de 10,36 días naturales. Teniendo en cuenta que el objetivo era de 15 días, éste se ha logrado. No obstante, dado que el proyecto es de un año, habrá que esperar a su finalización para poder concluir que el objetivo marcado se ha alcanzado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo multidisciplinar dentro y fuera del servicio ayuda a mejorar. Dentro del servicio la coordinación entre TEAP y FEAs ha permitido reducir las demoras. Además, la colaboración de radiología y los celadores ha sido fundamental para que se reduzcan las demoras en las BAGs de mama, al aumentar la probabilidad de procesarse en el mismo día que se toma la biopsia.
El personal administrativo ha colaborado de un modo entusiasta acelerando todo lo posible la remisión del informe firmado a la consulta donde se halle el Dr. Ramón Cajal.
El Dr. Ramón Cajal y el personal de la consulta han desarrolado habilidades de priorización clínica para colocar como una prioridad cursar las derivaciones para la realización de la RMN en el centro externo conveniado.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0849

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

*** ========== Resumen del proyecto 2019/849 ========== ***

Nº de registro: 0849

Título
OPTIMIZACION Y DINAMIZACION DE LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

Autores:
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, GOMEZ GONZALEZ CARLOS, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es un marcador de calidad asistencial que el tiempo entre el diagnóstico de un carcinoma de mama y el inicio del tratamiento sea inferior a un mes. No obstante en nuestro hospital se ha constatato que esa cifra se supera, con tiempos medios de demora superiores a 60 días. Esta cifra se ha obtenido de la información proporcionada desde codificación y registro de tumores. Uno de los puntos críticos es el tiempo hasta la derivación a RMN.
Nos parece una situación mejorable para ganar en calidad asistencial. Ello nos ha hecho modificar el funcionamiento interno de los servicios implicados para reducir estas demoras para ajustarse a las recomendaciones.
Estos cambios creemos que ayudarán a mejorar en el corto, medio y largo pazo, con un mínimo gasto asociado.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es que el tiempo biopsia-derivación a RMN sea inferior, de media, a los 15 días.

MÉTODO
En primer lugar se va a llevar a cabo una labor de concienciación con radiólogos y celadores para que en las biopsias de mama con sospecha BIRADS 4B, 4C y 5 se remitan en cuanto se obtengan al servicio de Anatomía Patológica, a ser posible antes de las 11:30 para un procesamiento ese mismo día.
Se comunicará la situación a los patólogos y TEAP para que ante la llegada de las biopsias antes mencionadas se incluyan y procesen con celeridad.
Se comunicará a los TEAP la necesidad de considerar estas biopsias como urgentes, por lo que corten y tiñan en primer lugar.
Se concienciará a los patólogos de la necesidad de emisión de informes parciales, con posterior adición del estudio inmunohistoquímico complementario.
Se concienciará a los patólogos para que en cuanto tengan un diagnóstico de carcinoma infiltrante o intraductal lo firmen, para que aparezca en la historia clinica electrónica, y se imprima para su remisión a la consulta de Unidad de Patología Mamaria y/o consultas 21 y/o 23.
Se informará a las secretarias de la importancia de su labor y del envío de los informes imprimidos por los patólogos a las consultas anteriormente referidas.

INDICADORES
Teniendo en cuenta que el hospital no cuenta con RMN actualmente y, por tanto, no tiene un control amplio sobre este objeto, el mejor indicador será el tiempo medio entre la toma de la biopsia y la derivación a RMN.
El objetivo que este intervalo no supere, de media, los 15 días.

DURACIÓN
El proyecto se iniciaría en el segundo trimestre de 2019, finalizando un año después. Transcurridos 6 meses se procederá a valorar la marcha del proyecto, introduciendo, si es necesario, medidas correctoras de disfunciones.
Los responsables de la implantación serían los FEAs de Anatomía Patológica y de la consulta de UPM/consultas 21 y/o 23.

OBSERVACIONES

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0849

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACIÓN Y DINAMIZACIÓN DEL LOS TIEMPOS DE DEMORA EN CARCINOMA DE MAMA

```
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 - 2019/0010

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONICA NAJAR SUBIAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERA BELLA JORGE
MOLINA TRESACO PAOLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realización de sesión clínica informativa para los profesionales que participan en el circuito de asistencia del programa: admisión, enfermería de consulta de anestesia, enfermería de acogida quirúrgica, anestesistas del servicio. A todos se les explicó el proyecto (a los que no acudieron a la sesión se les explicó de forma individual) los criterios de inclusión y se envió un pdf resumen para los anestesistas y la consulta de enfermería durante el mes de enero de 2019 antes de la implantación del circuito el 6 de febrero de 2019 tanto en el Hospital San Jorge como en el Hospital de Jaca.
- Se estableció el documento de inclusión en lista de espera quirúrgica como medio de comunicación del tipo de catarata y si cumplía criterios de la nueva valoración preoperatoria. El servicio de oftalmología es el encargado de cumplimentar dicho impreso.
- Una vez iniciado el programa, se han realizado las actividades acordadas (citación únicamente con ECG en la consulta de preanestesia, manejo acordado de anticoagulantes y medicación crónica…) en cada eslabón del mismo en ambos hospitales: San Jorge y Jaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Los datos necesarios para el cálculo de los indicadores han sido aportados por el servicio de control de gestión del hospital San Jorge y obtenidos desde el 06/02/2019, dia en que se puso en marcha el programa

- Indicador para el objetivo nº 2: Numerador: nº de pacientes identificados en LEQ como no complicados.
Denominador: nº total de pacientes intervenidos de cataratas.
Numerador: Pacientes no complicados: 715
Denominador: Total de IQ de cataratas 761
Resultado del indicador: 93,9%

- Indicadores para el objetivo nº 4:
a) % suspendidos por inadecuada preparación para anestesia tópica = 6%
Numerador: nº de IQ suspendidas por no estar en condiciones de realizar anestesia tópica.
Denominador: nº total de IQ suspendidas

Numerador: Suspendidos por inadecuada preparación: 0
Denominador: Total de IQ suspendidas: 19
Resultado del indicador: 0%
b) % cataratas con anestesia tópica/Total de cataratas =60%
Numerador: nº cataratas intervenidas con A. tópica
Denominador: nº total de cataratas intervenidas
Numerador: cataratas con tópica y nuevo preop 715
Denominador: total de IQ: 761
Resultado del indicador: 93,95%
Hasta la puesta en marcha el 6-2-19 se intervinieron con preop completo antiguo 314 de las que se suspendieron 8

- Aunque no se ha podido evaluar desde un punto de vista económico, la implantación del programa ha mejorado la eficiencia del manejo preoperatorio del paciente y su preparación ya que, si valoramos el tiempo como un factor económico, ha disminuido el dedicado a cada paciente aumentando el número de pacientes que pueden visitarse por este problema de salud en la consulta de preanestesia. También han disminuido las pruebas complementarias solicitadas a cada paciente suprimiendo analíticas y radiografías. Estos cambios no han supuesto un empeoramiento de la preparación del paciente a su llegada a quirófano.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Una vez organizado el equipo y teniendo claras las modificaciones a realizar en el antiguo circuito que seguían los pacientes, ha sido fácil poner en marcha el programa. No ha quedado ninguna actividad pendiente de realizar.
- De todas las actividades que planteamos en el equipo, lo más complicado ha sido ajustarlas administrativamente. Modificación del registro del tipo de cataratas en el impreso de derivación a lista de espera quirúrgica y su manejo administrativo
- En cuanto a la continuidad del mismo, una vez está organizado el circuito, la forma de citación y de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

tipificación de la intervención solamente queda continuar aplicándolo de forma indefinida.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/10 ========== ***

Nº de registro: 0010

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Autores:
NAJAR SUBIAS MONICA, VERA BELLA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La valoración del paciente con cataratas para cirugía se lleva a cabo con: visita preoperatoria y pruebas complementarias( Rx.Torax, ECG, analitica general y estudio de coagulación) igual que para otro tipo de cirugía más grave y compleja.
Vamos a definir, de los pacientes que van a ser intervenidos de cataratas, cuales son susceptibles de evitarnos una parte importante del preoperatorio sin incrementar riesgos para paciente ni facultativos.
Los pacientes se van a dividir en dos grupos, según decisión de oftalmologia, en aquellos que según las características de la catarata sean susceptibles de realizarse con anestesia tópica o locorregional.
En caso de tópica se realizaría: ECG y visita preanestésica; no suspensión del tratamiento anticoagulante/antiagregante
En caso de locorregional: ECG, Rx. Torax, analítica completa y visita preanestésica.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos reducir el gasto (menos radiografías, analítica general, estudio de coagulación) y el tiempo de consulta preanestésica
La población diana son todos aquellos pacientes que deben de ser intervenidos de cataratas; una vez detectados los pacientes susceptibles de la anestesia tópica incluirlos en un circuito específico, y a los de anestesia locorregional seguir con el circuito habitual.
En el proyecto estarán involucrados: oftalmologia, anestesia y reanimación, enfermeria de consultas y quirófano, admisión-LEQ

MÉTODO
Información a todos los miembros de los servicios de Oftalmologia, Anestesia y Reanimación, Enfermería de consulta y enfermería de quirofanos, y admisión-LEQ.
Oftalmología una vez indicada la intervención quirúrgica y la posible técnica anestésica, comunicará a admisión-LEQ para que lo registren con la modalidad anestésica elegida y se cite para la visita preanestésica; anestesia hará su valoración y dará el visto bueno para que se cite para la intervención quirúrgica

INDICADORES
Porcentaje de pacientes que van a ser intervenidos de cirugía de cataratas con anestesia tópica y con la nueva valoración preoperatoria contra el total de pacientes que precisan cirugía de cataratas.
% cataratas con anestesia tópica/Total de cataratas = o > 60%
Porcentaje de suspensión de pacientes con preoperatorio correcto y que se suspenden por causas ajenas a anestesia (situaciones no previsibles)
% pacientes suspendidos/total de pacientes = o < 6%

DURACIÓN

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0010

## 1. TÍTULO

### MEJORA EN LA EFICIENCIA EN LA CIRUGIA DE CATARATAS. FUNCION DEL ANESTESISTA EN EL PROCESO

Final de Enero reunión de los implicados en la puesta en marcha del proyecto: oftalmologia, anestesia-reanimación, enfermeria y admisión-LEQ. Llegar al acuerdo de: modo de realizar el circuito, información a admisión-LEQ y llegada a preanestesia.
Primera quincena de febrero puesta en marcha del proyecto, a nivel práctico, entre consulta de oftamologia y consulta de preanestesia.
Segunda quincena de marzo, nueva reunión de los servicios implicados y reevaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.**

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS CARRION PAREJA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PELIGERO DEZA JAVIER
TRULLENQUE RUIZ MARIAN
LABENA BERNAL ROSA
GRACIA CORTES LAURA
LACASTA FUMANAL BELEN
PEREZ FAU ALMUDENA
RAMIREZ GABAS ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Detección de los aspectos asistenciales que merecen ser reforzados mediante acciones formativas en la actividad quirúrgico - anestésica de enfermería en le Hospital de Jaca.
Elaboración de las áreas temáticas.
Elaboración de los contenidos prácticos.
Selección de los materiales formativos.
Elección de la modalidad de trabajo personal del alumnado y su evaluación.
Solicitud de acreditación de formación continuada para las profesiones sanitarias.
Cronograma docente e inicio del curso.
Inicio del curso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aspectos asistenciales: asistencia a la anestesia por la enfermera circulante en las etapas críticas. Homologación con el Hospital General San Jorge de Huesca.
Elaboración de las áreas temáticas.
1- Introducción al programa formativo.
Contenido:
Conceptos básicos.
El trabajo multidisciplinar en equipo.
Análisis básico de la estructura y proceso en el paciente quirúrgico (o con indicación de procedimiento inva-sivo*) Los periodos del proceso.
Tipología de los procedimientos y de los pacientes.
2- Periodo preanestésico y preoperatorio.
Estudio preoperatorio, evaluación preanestésica: criterios y trabajo de enfermería. Clasificación del estado fí-sico y el riesgo anestésico – quirúrgico.
Información y preparación para la anestesia.
El consentimiento informado.
La anestesia y la planificación de la prehabilitación.
3- Recepción / acogida en el bloque quirúrgico y aspectos relacionados con la anestesia.
Tipos de paciente. Régimen de ingreso.
Prevención del riesgo y los estándares de seguridad.
Verificación de las condiciones preanestésicas.
La lista de verificación en bloque quirúrgico.
Preinducción.
Monitorización, niveles y registros.
4- Riesgos y complicaciones durante la anestesia y cirugía.
Los periodos críticos durante la anestesia.
Las crisis durante la cirugía y la anestesia.
Aspectos preventivos.
5- Posoperatorio inmediato.
Recuperación posanestésica. Estructura y equipamiento. Criterios de admisión y alta.
UCMA y readaptación al medio. Criterios de alta.
Reanimación cardiopulmonar y reanimación postquirúrgica.
6- El periodo postoperatorio mediato y aspectos anestésicos.
El paciente ingresado: sala quirúrgica.
El paciente ambulatorio: el domicilio.
Analgesia postopoeratoria desde el enfoque multimodal. Trabajo de enfermería.
7- Jornada Teórico – Práctica intensiva.
Fase teórica inicial de 1,5 horas de duración. Contenido: Descripción y justificación de los procedimientos de enfermería en anestesia destacando las implicaciones en la seguridad preventiva. Procedimientos en las crisis.
Fase práctica de 5 horas de duración. Contenido: Visita a las diferentes estancias e instalaciones que se utilizan en el proceso quirúrgico/procedimental, en relación con el tratamiento anestésico, mostrar el equipa-miento y material, asistir a los procedimientos en las diferentes fases.
Elaboración de la estructura de las prácticas, adecuando el calendario a la actividad laboral del hospital de Jaca.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.**

Metodología docente.
Sesiones teóricas. Distribuidas en 6 áreas temáticas. Cada sesión comprende dos partes. Un inicio expositivo de 1 hora de duración en la que se transmitirá la información relevante del área temática, seguido por una parte de interacción alumno / formador, o de debate, donde se tratarán como mínimo las cuestiones que se deban tener en cuenta en el desarrollo de la carpeta de aprendizaje.
Sesiones teórico – prácticas, en número de 1, con dos reediciones para acoger a todo el alumnado. Con una parte inicial expositiva de 1,5 horas, con 30 minutos de interacción y aclaraciones, seguida de una estancia explicativa y demostrativa por las diferentes estancias del bloque quirúrgico.
Desarrollo por parte de los alumnos/as de una carpeta de aprendizaje (portafolio), que se estructura en las siguientes fases de trabajo:
1- Premisas.
2- Datos y evidencias.
3- Opiniones / crítica.
4- Proyección del conocimiento.
Evaluación del alumnado.
Asistencia y evaluación de la carpeta.
Acreditación del programa.
Solicitada.
Establecimiento del calendario docente definitivo.
Área temática 1 18 de noviembre de 2019.
Área temática 2 25 de noviembre de 2019.
Área temática 3 16 de diciembre de 2019.
Sesión teórico – práctica, edición 1. 20 de enero de 2020.
Área temática 4 27 de enero de 2020.
Área temática 5 03 de febrero de 2020.
Área temática 6 10 de febrero de 2020.
En resumen, se han conseguido los objetivos relativos al diseño y desarrollo del programa formativo, la solicitud de la acreditación, el establecimiento del calendario y se han impartido las tres primeras áreas temáticas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta la fecha no se han encontrado grandes dificultades, las reuniones y la búsqueda de los días para la realización de las sesiones expositivas, así como la organización y coordinación de las sesiones prácticas, requieren mucho tiempo e insistencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/537 ========== ***

Nº de registro: 0537

Título
PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACION Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERIA

Autores:
CARRION PAREJA JUAN CARLOS, PELIGERO DEZA JAVIER, LABENA BERNAL ROSA MARIA, LACASTA PASCUAL BELEN, GRACIA CORTES LAURA, PEREZ FAU ALMUDENA, RAMIREZ GABAS ROCIO, TRULLENQUE RUIZ MARIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías Quirúrgicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente no existe la especialidad de Enfermería de Anestesia, aunque algunos aspectos están recogidos dentro de la especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica, sin embargo las funciones y cuidados que una Enfermera de Anestesia debe realizar requieren una cualificación muy específica.
Con este programa pretendemos dar a conocer los aspectos más relevantes del trabajo diario de Enfermería de Anestesia en quirófano, URPA, o en cualquier otro área fuera del quirófano donde se requiera nuestra

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.**

actuación, todo ello, con un enfoque eminentemente práctico.
Debido además a las características laborales de este sector donde hay más eventualidad, o es habitual su desarrollo asistencial en áreas diferentes al quirófano, es más necesario si cabe, la actualización de los principales conceptos, para homogeneizar criterios de actuación y formación.
El poder realizar una actualización sobre los temas más relevantes de la Anestesia, creemos que repercute directamente en la seguridad y confort del paciente, aumentando así de forma directa la calidad asistencial

RESULTADOS ESPERADOS
Servicio al que va dirigido: Enfermería de Anestesia
Resultados que se esperan conseguir:
Realizar una actualización de los conceptos teóricos de las áreas de la Anestesia y Reanimación y del Tratamiento del dolor.
Repasar conocimientos y habilidades prácticas en los siguientes ámbitos:
- La organización del quirófano
- Fundamentos y técnicas de monitorización en los procedimientos anestésicos
- Fármacos más empleados en Anestesia y el material de Vía Aérea
- Actuación en situaciones críticas
- Monitorización y cuidados del paciente en la URPA, y complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato.

MÉTODO
Con el fin de lograr los objetivos propuestos, se oferta un curso de actualización formativa para los profesionales sanitarios de enfermería. El curso estará basado en unas jornadas de formación teórica asociadas a unas sesiones de actividades practicas en los quirófanos del Hospital San Jorge de Huesca. Para su impartición se dispondrá del personal docente y del material informático necesarios.

INDICADORES
INDICADORES DE RESULTADOS: Se cuantificará el grado de éxito y seguimiento de la actividad una vez concluida.

-Número de profesionales inscritos.
-Porcentaje de alumnos que han superado el curso.
-Satisfacción con el curso/profesorado

INDICADORES DE IMPACTO: Se evaluará como la formación influye en la mejora del desempeño profesional de los participantes.

-Indicador de Seguridad: Evaluar el conocimiento del material anestésico y la así como la verificación de su funcionamiento (laringoscopio, aspirador, respirador anestésico). Evaluar si se conocen los diferentes fármacos intravenosos más utilizados así como los sistemas de etiquetado de jeringas. Evaluar si el etiquetado se realiza de forma sistemática.

- Indicador de Organización/Secuencia: Evaluar si se conoce la secuencia de las diferentes fases perioperatorias y anestésicas que sigue un paciente quirúrgico, así como la diferentes actuaciones de los profesionales en cada una de estas fases.

-Indicador de Efectividad/Optimización del trabajo: Se conoce el material a preparar en función del planteamiento anestésico para cada paciente ( Anestesia raquídea, anestesia general, analgesia locorregional) así como en cada fase anestésica (inducción, mantenimiento, educción). Se conoce el plan a seguir en situaciones criticas (conseguir la disponibilidad de un desfibrilador, llevar a cabo las órdenes de un líder, mantener la calma...)

-Indicador de Incidentes: Contabilizar los incidentes críticos que pudieran suceder (error en la carga de medicación, en la comunicación entre profesionales...)

- Indicador de Satisfacción: Evaluar si el profesional sanitario siente trabajar con mayor seguridad y confianza.

DURACIÓN
La duración estamida de la actividad es de 10 jornadas laborables, del 6 al 17 de Mayo 2019
Jornada 1: Formación teórica (cuatro horas lectivas): en ellas se expondrán los conceptos teóricos necesarios para aplicar a la práctica en quirófano, repartidos en 4-5 sesiones/ bloques, cada uno de ellos impartidos por uno de los FEA de Anestesiología adscritos a este programa de formación y una representante de Enfermería.
Jornadas 2 a 10: Formación práctica: cada alumno acudirá durante dos dáis al Hospital San Jorge de Huesca en horario de mañana y permanecerá en quirófano con uno de los FEA de Anestesiología y/o enfermería adscritos al progrma para ver el funcionamiento del mismo y las diferentes fases de la labor anestésica/técnicas

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0537

## 1. TÍTULO

**PROGRAMA FORMATIVO EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TRATAMIENTO DEL DOLOR PARA ENFERMERÍA.**

anestésicas y adquirir habilidades prácticas de enfemería asociadas a ellas.
Jornada 10. Evaluación del programa: el alumno deberá realizar el último día del programa el cuestionario de Autoevaluación del mismo, que será recogido por los organizadores y formará parte de la evaluación de la actividad.

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 - 2019/1412

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS**

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA FERNANDEZ GIL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION PAREJA JUAN CARLOS
NAJAR SUBIAS MONICA
GRACIA CORTES LAURA
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
CAJA BUETAS ROSA
PALACIN CEBRIAN MARIA VICTORIA
SALCEDO LAGLERA ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Sesión clínica en el Servicio de Anestesiología para la presentación de la fase piloto (24 enero 2019). Dra. Fernández
• Puesta en marcha de la fase piloto del programa (febrero-junio 2019): inicio de la prescripción electrónica, por parte de los anestesiólogos, de las pautas analgésicas incorporadas al sistema de Farmatools.

• Recogida continua de datos, durante todo el año 2019, e incorporación en la base de datos de la Unidad de Dolor Agudo (UDA) por parte del equipo de enfermería de UDA (Rosa Caja, María Victoria Paladín, Araceli Salcedo)
• Análisis de problemas más frecuentes en la prescripción (Septiembre 2019). Dr. Carrión
• Elaboración de nuevas pautas analgésicas intravenosas con un sistema diferente de introducción de los fármacos en el sistema Farmatools. Octubre 2019(Dra. Fernández)
• Elaboración de pautas analgésicas para las vías epidural y de plexo nervioso, no contempladas en la fase piloto, y su incorporación en el sistema de Farmatools. Octubre 2019. Dra. Fernández
• Redacción de las funciones del anestesiólogo dedicado a la Unidad de Dolor Agudo (UDA). Dra. Fernández. Octubre 2019
• Sesión clínica destinada al servicio de Anestesiología, por parte del servicio de Farmacología, para la presentación de las nuevas pautas analgésicas en Farmatools así como resolución de problemas en el uso del sistema de prescripción electrónica. 28 de noviembre de 2019. (Dra. Viñuales y Dra. Fernández)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• El porcentaje de prescripciones electrónicas ( nº de prescripciones electrónicas / total de prescripciones x 100) realizadas durante la fase piloto fue del 1,45 % (46 prescripciones electrónicas de un total de 3153).
Este bajo porcentaje ha podido ser debido a varios factores:
1- Las prescripciones incorporadas en Farmatools, correspondientes a la fase piloto, sólo estaban destinadas al paciente que presentaba dolor agudo postoperatorio de intensidad moderada-severa, dejando sin opción analgésicas a los pacientes que presentaban dolor postoperatorio leve o moderado.
2- Las pautas analgésicas de la fase piloto eran “fijas”, es decir, no daban opción de modificar la dosis de analgésico a administrar en función de las necesidades o comorbilidades del paciente
3- Resistencia inicial, por parte de los facultativos, al empleo del programa Farmatools.
• Tras buscar soluciones a los problemas hallados (ver apartado siguiente), y ponerlas en práctica a partir del 28 de noviembre de 2019, observamos un destacable aumento en el número de prescripciones electrónicas, llegando al 71,85% (368 prescripciones electrónicas de un total de 512 prescripciones) sólo durante el mes de diciembre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las soluciones, que creemos que han sido apropidadas, que nos han llevado a elevar el porcentaje de prescripciones electrónicas de la fase piloto han sido las siguientes:
• Elaboración de nuevas pautas analgésicas intravenosas, que abarcan a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente, desde pacientes que precisen pautas para dolor postoperatorio leve, hasta pacientes que precisen pautas de dolor moderado-severo.
• Nuevo sistema de introducción de las pautas analgésicas en el sistema electrónico, más práctico y más parecido al que se usaba con anterioridad en papel. Se trata de un protocolo inicial de Farmatools donde aparecen todos los analgésicos posibles y hay que seleccionar los elegidos para ese paciente. Después de dicha selección, se añade la dosis correspondiente, dependiendo de la severidad del dolor y de las comorbilidades del paciente.
• Sesión clínica destinada al servicio de Anestesiología, por parte del servicio de Farmacología, para la presentación de las nuevas pautas analgésicas en Farmatools así como resolución de problemas en el uso del sistema de prescripción electrónica. 28 de noviembre de 2019.
FASES DEL PROYECTO PENDIENTES A DESARROLLAR EN EL AÑO 2020:
• Seguimiento del uso de prescripción electrónica en el Servicio de Anestesiología
• Identificación de problemas
• Conseguir el aumento progresivo del porcentaje de prescripciones electrónicas, llegando a desaparecer la

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1412

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS**

prescripción en formato papel
• Actualización del programa informático de recogida de datos de la UDA, con inclusión de nuevos ítems de valoración del sistema electrónico.
• Elaboración de un protocolo que incluya la descripción del funcionamiento de la UDA así como el conjunto de pautas analgésicas utilizadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1412 ========== ***

Nº de registro: 1412

Título
ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS

Autores:
FERNANDEZ GIL MARTA, CARRION PAREJA JUAN CARLOS, NAJAR SUBIAS MONICA, GRACIA CORTES LAURA, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, CAJA BUETAS ROSA, PALACIN CEBRIAN MARIA VICTORIA, SALCEDO LAGLERA ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente postoperado
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente, la prescripción de analgésicos en el postoperatorio por parte del anestesiólogo se realizado en formato de papel. Existe la necesidad de prescribir todos los fármacos que precisa el paciente vía eléctrónica a través del programa Farmatools del Hospital San Jorge. De esta manera se minimizan los errores de transcripción, se evita duplicar fármacos ( que un fármaco está a la vez en formato electrónico y en papel), se visualiza más claramente las alertas de alergias (impidiendo prescribir electrónicamente fármacos que hay que evitar en el paciente), y se facilita la reposición de fármacos desde el servicio de Farmacología del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Se espera conseguir que las prescripciones analgésicas del periodo postoperatorio inmediato, por parte de los anestesilógos, cambien del formato papel al formato electrónico.
La población diana englobaría a todo paciente postoperado
El proyecto va dirigido al servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital San Jorge

MÉTODO
- Se realizará una recogida de datos de las prescripciones analgésicas postoperatorias que se utilizan en el Hospital San Jorge, utilizando la base de datos de la Unidad de Dolor Agudo (UDA)
- Se identificarán las pautas analgésicas más frecuentes
- Reunión con los facultativos de Farmacología para elaboración de las pautas analgésicas adecuadas al formato de Farmatools
- Elaboración de las pautas analgésicas que inicialmente se van a emplear para la prescripción analgésica
- Simultáneamente, elaboración de pautas analgésicas de rescate de dolor y de rescate de emesis, que irán asociadas a las pautas analgésicas
- Sesión clínica en el servicio de Anestesiología junto al de Farmacología para informar de la incorporación de pautas en Farmatools y recordar el acceso y modo de empleo de la aplicación Farmatools
- Se añadirá a la base de datos de la Unidad del Dolor, el ítem de “prescripción electrónica SI o NO”

INDICADORES
Indicadores: Porcentaje de prescripciones eléctrónicas= nº de prescripciones eléctrónicas / total de prescripciones x 100

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1412

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE PAUTAS DE ANALGESIA POSTOPERATORIA PARA INCORPORACION EN EL SISTEMA DE RECETA ELECTRONICA FARMATOOLS**

Evaluación: al final del primer año se espera alcanzar un mínimo de 20% de prescripciones electrónicas

DURACIÓN
Durante los primeros tres meses (mayo- julio 2019):
-recogida de datos e identificación de las pautas analgésicas más frecuentes, por parte de la Dra. Nájar
- Elaboración de las pautas analgésicas que inicialmente se van a emplear ( Dra. Fernández,)
- Incorporación de las pautas analgésicas en Farmatools ( Dra.Viñuales)
- Incorporación de nuevo ítem de prescripción electrónica en la base de datos de UDA (Dr. Carrión)
-Sesión clínica en el servicio de Anestesiología para formación en el uso de Farmatools (Dra. Viñuales)
Fecha prevista de inicio de la prescripción electrónica por parte de los anestesiólogos: septiembre 2019
Recogida de datos, de septiembre 2019 a septiembre de 2020,en relación al número de prescripciones electrónicas realizadas: equipo de enfermería de la UDA ( MV. Palacín, R. Caja, A. Salcedo)

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 - 2019/0243

## 1. TÍTULO

**TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO**

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTIAN INGLES SANZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA
SANCHO GRACIA NOEMI IVANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Control ecográfico y sintomático de los pacientes intervenidos de varices de miembros inferiores mediante termoablación endovenosa (EVLA)de safena interna y/o externa con láser en consultas externas. Se ha realizado control en 10 días, 3 meses y 6 meses mediante ecodoppler para confirmar oclusión de safena y encuesta de calidad de vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se intervinieron 63 piernas (55 pacientes) en 2019 con la pérdida en el seguimiento de 2 de ellos. Se consiguió la oclusión de la vena safena a tratar en el 100% de los casos en la tercera revisión en consultas.
Las varices intervenidas en horario matinal se realizaron totalmente sin ingreso. Los pacientes intervenidos en jornada de tarde precisaron un ingreso de 1 noche por la logístca del centro hospitalario.
El tiempo de baja laboral fue de media 8,3 días (intervalo de 2 a 35 días)
En la encuesta sobre la calidad de vida, los pacientes responden estar contentos o muy contentos con la cirugía en el 92% de los casos y refieren mejoría clínica de sus síntomas en un 84% de los casos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La termoablación con láser (EVLA) de los ejes safenos como tratamiento de la insuficiencia venosa es una técnica segura y fiable.
Los datos del Hospital San Jorge, a pesar de ser una muestra muy reducida, están en consonancia con las grandes series mundiales de tratamiento con láser o radiofrecuencia de varices.
A pesar de un mayor gasto económico inicial respecto a la técnica clásica de stripping de safena, el gasto final es menor si sumamos el periodo de incapacidad temporal laboral respecto a la safenectomía (30-40 días) y a que se puede realizar sin ingreso.

Consideramos que la termoablación mediante láser (EVLA) debe ser el Gold-Standard en el tratamiento de varices con insuficiencia de un eje safeno, reservándo la safenectomía mediante stripping solo para casos seleccionados con trayectos cortos de safena que dificultan la punción de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/243 ========== ***

Nº de registro: 0243

Título
TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO

Autores:
INGLES SANZ CRISTIAN, MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA, SANCHO GRACIA NOEMI IVANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0243

## 1. TÍTULO

### TERMOABLACION DE LOS EJES SAFENOS COMO GOLD STANDARD DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA. IMPLEMENTACION DE LA TECNICA Y RESULTADOS A UN AÑO

PROBLEMA
Tras realizar la redacción de múltiples informes técnicos y económicos con el fin de poder disfrutar del material necesario para la realización de una técnica quirúrgica que ya se realiza cotidianamente en el Hospital Universitario Miguel Servet, en el HCU Lozano Blesa y en el Hospital Provincial de Zaragoza, la Comisión de Adquisiciones del Área de Huesca en la sesión celebrada el día 24 de enero de 2019 acepta la compra de la tecnología necesaria para poder operar varices mediante termoablación con láser (EVLA)
Una vez se puede iniciar la terapéutica endovenosa de la insuficiencia venosa de miembros inferiores, es pertinente realizar un estudio de la efectividad de la misma a pesar de que lleva implantada en el arsenal de los cirujanos vasculares desde hace casi 2 décadas.

RESULTADOS ESPERADOS
Según el I.N.E. la provincia de Huesca tiene 221.079 habitantes, por lo que si su prevalencia es del 16,4%, el número de potenciales usuarios que se beneficiarían de esta técnica sería de 36.257. Se esperan obtener tasas de oclusión de los ejes safenos al año superiores al 95%

MÉTODO
- Formación al personal de enfermería en el manejo del procedimiento endovascular.
- Elaboración de documento informativo postquirúrgico

INDICADORES
Tasa de oclusión de Vena safena a los 3, 6 y 12 meses ( superior al 95%).

DURACIÓN
Inicio de proyecto Marzo:2019. Fin de proyecto: Diciembre 2019

OBSERVACIONES
Este proyecto se inició el año pasado, pero debido a las múltiples trabas administrativas para la adquisición de la tecnología necesaria para tratar las varices mediante termoablación con láser (EVLA), los resultados clínicos se obtendrán este año.

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 - 2019/0337

## 1. TÍTULO

**ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA**

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NOEMI IVANA SANCHO GRACIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA
INGLES SANZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Existen una serie de recomendaciones de carácter general que deben trasladarse a los pacientes que presentan insuficiencia venosa en mayor a menor grado y que observamos no son bien acogidas por los pacientes. Consideramos que entregando estas recomendaciones por escrito a los pacientes en la consulta, es más fácil que lo lean con tranquilidad, comprendan y tomen conciencia de la importancia de estas medidas y por lo tanto sean más efectivos los consejos.
Inicialmente se realizó e imprimió un pequeño folleto explicativo en el que, de forma breve y sencilla para el paciente, se abordan los temas que se explican a continuación: Introducción referente a la definición de la insuficiencia venosa crónica (IVC), clínica y estadísticas dada su alta prevalencia. Consejos prácticos para el tratamiento de la IVC haciendo hincapié en la pérdida de peso, realización de ejercicio físico habitualmente y el uso de terapia compresiva en las extremidades inferiores. Ejercicios específicos destinados a la mejora clínica de dicha enfermedad. Consejos referentes a la correcta colocación de la terapia de elastocompresión y cuidados de las mismas, así como una explicación respecto la demostrada eficacia de las medias de compresión, ya que hay un alto porcentaje de no adherencia a este tratamiento por parte de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dichos folletos han sido entregados durante este año a todos los pacientes valorados por IVC en nuestras consultas, acompañado de una explicación verbal por nuestra parte. De esta manera se ha conseguido enfatizar la importancia de las medidas higiénico dietéticas así como el estilo de vida saludable y la utilización de terapia elastocompresiva para la mejoría sintomática de la enfermedad. Observamos que los pacientes agradecen se aporte información complementaria por escrito, ya que de este modo podemos insistir en su importancia y conseguir la mejor adhesión al tratamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez constatada por nuestra parte la falta de adhesión habitual al tratamiento no farmacológico en esta patología, nos damos cuenta que es imprescindible sensibilizar a los pacientes de la importancia de estas medidas, que incluso son mucho mas efectivas que los tratamientos farmacológicos con venotónicos. Sin la realización de estas medidas, no mejoraremos la clínica de este enfermedad de alta prevalencia, ni podremos diminuir el número de complicaciones como trombosis venosas superficiales, profundas y úlceras venosas.
En concreto lo mas evidente que hemos detectado, es la falta de utilización de la terapia elastocompresiva. Hemos precisado dedicar tiempo al asesoramiento del tipo de media de compresión mas adecuada para el paciente y a explicar la necesidad de su utilización de forma continuada.

7. OBSERVACIONES.
En el futuro es conveniente el convencimiento y entendimiento por parte del paciente de la efectividad de estas medidas. Precisando la estrecha colaboración con los médicos de atención primaria para prevenir así, las complicaciones derivadas de esta enfermedad.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/337 ========== ***

Nº de registro: 0337

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA

Autores:
SANCHO GRACIA NOEMI IVANA, INGLES SANZ CRISTIAN, MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0337

## 1. TÍTULO

**ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENOSA CRONICA**

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia venosa es una enfermedades mas comunes en el mundo occidental con una prevalencia del 17-26% de la población acompañándose de una alta comorbilidad y con importante disminución de la calidad de vida de los pacientes. Suponen un 6% de las consultas de atención primaria y un 90% de ellas son por patología venosa. Esta situación supone un importante problema a nivel medico y económico. Ante esta perspectiva es nuestra obligación ofrecer las medidas terapéuticas más acertadas, menos costosas y más eficaces para resolver este problema de salud, con la intención de influir y recuperar de forma rápida y oportuna no sólo las condiciones clínicas sino también la calidad de vida de los afectados por esta patología. Es esencial el establecimiento de una red de colaboración entre atención primaria y especializada, para optimizar el manejo y prevención de las úlceras crónicas en nuestra área sanitaria. Es en este punto, donde también entra en juego el conocimiento del paciente sobre su propia enfermedad, que va a tener una repercusión directa en la adherencia que este tenga al tratamiento indicado y, por tanto, en el éxito del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es mejorar la información del paciente con patología venosa, tanto de las opciones a nivel quirúrgico como el no quirúrgico, el cual va a mejorar la calidad de vida de los pacientes y mejorar la adherencia al tratamiento indicado y favorecer así la prevención de las complicaciones propias de los estadios finales de la enfermedad. También en la misma línea queremos colaborar con atención primaria en el mejor manejo del paciente y poder disminuir la presión y demora en nuestras consultas.

MÉTODO
Se realizara un documento informativo para apoyar las recomendaciones dadas en consultas a nuestros pacientes, donde se explicaran las recomendaciones mas actualizadas y efectivas en el ámbito higiénico dietético, los tratamientos posibles y tablas de ejercicios para mejorar la calidad de vida y síntomas propios de la enfermedad, evitando las consecuencias nefastas de la insuficiencia venosas como ulceras en los estadios mas avanzados. Con ello se prevé mejorar la calidad e información del paciente, evitar complicaciones secundarias y conseguir un mejor cumplimiento del tratamiento. En la posterior revisión se realizara una encuesta mediante una escala de gravedad clínica de la EVC para valorar la mejoría clínica del paciente posteriormente. Así mismo se apoyara a los médicos de atención primaria a través de la interconsulta virtual.

INDICADORES
Se valorara la correcta adhesión al tratamiento en las consultas realizadas como revisión, evaluando la mejora de calidad de vida mediante la valoración de varios ítems antes y después al inicio de tratamiento pautado apoyado con el documento informativo: edema, pigementacion, dolor y lesiones en piel así como comprobar el uso de la terapia compresiva.

DURACIÓN
La duración prevista será de una año. Los responsables de su implantación será los facultativos del servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge de Huesca. Fecha prevista de inicio: Marzo 2019. Fecha prevista de finalización: Marzo 2020.

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 - 2019/0432

## 1. TÍTULO

**CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES**

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA MIGUEL SANCHEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA NOEMI IVANA
INGLES SANZ CRISTIAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han recogido mensualmente los datos que se detallan a continuación, de los pacientes derivados desde la unidad de angiología y cirugía vascular a otros hospitales del sistema salud para la realización de diferentes procedimientos.

- Fecha de canalización
- Diagnóstico
- Motivo de la canalización (procedimiento solicitado)
- Origen: ambulatorio/ingresado
- Prioridad: normal/preferente/urgente
- Fecha de realización
- Observaciones

Estos datos han sido recogidos por todos los miembros de la unidad e incluidos en una hoja de cálculo para el análisis de los mismos. La persona responsable del proyecto ha sido la encargada del seguimiento de los pacientes y valoración de los datos finales. Se ha cumplido con el calendario previsto incluyendo los pacientes derivados desde los meses de enero a diciembre de 2019. No ha sido necesaria la elaboración de material ni el consumo de recursos para el desarrollo del proyecto. El resultado final es de interés para los facultativos implicados en los procesos de derivación a los cuales se hará saber de forma verbal o escrita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el año 2019 se canalizaron 39 pacientes a los hospitales de Zaragoza. El 94.73% de los pacientes fueron derivados al Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (hospital de referencia) y sólo dos de ellos al Hospital Universitario Miguel Servet. La mayoría de ellos, el 73.68%, fueron derivados para la realización de un procedimiento endovascular (11 pacientes para EVAR, 15 para revascularización de extremidades inferiores, 2 para embolización de varices pélvicas y un paciente para corrección de estenosis carotídea post-radiación). Desde el mes de mayo la unidad ha contado con sólo dos facultativos, uno o ninguno por distintos motivos y ha visto reducida su actividad quirúrgica programada de forma importante, por lo que ha sido necesaria la derivación de pacientes para cirugía abierta que en total han sido 6 (2 por falta de personal y 4 por no disponer de quirófano programado). De los pacientes derivados el 47.36% fueron catalogados como preferentes y de estos el 72.22% eran pacientes ingresados en nuestra unidad. En cuanto a la demora en la atención ha sido de 15.72 días de media en los pacientes catalogados como preferentes y 4 meses de media en los programados (principalmente por patología aórtica). Hay 9 pacientes pendientes de resolución, 5 de ellos están incluidos en la lista de espera quirúrgica del hospital de referencia pendientes de fecha de intervención, 2 pendientes de pruebas diagnósticas preoperatorias y 2 pendientes de valoración en consultas externas.

Se comparan estos datos con los obtenidos en 2018 en el que únicamente se registraron el número de paciente derivados comprobando una disminución evidente de los mismos pasando de 60 a 38. El personal facultativo ha cambiado por completo en estos dos años de lo que se deduce que esta disminución puede ser debida a un cambio en los criterios de derivación. No existían datos registrados en cuanto a la demora, tipos de intervención o prioridad por lo que estos datos no son comparables. El mayor porcentaje de pacientes derivados sigue siendo para la realización de un procedimiento endovascular ya sea para revascularización de miembros inferiores o reparación de un aneurisma aórtico.

De todos los datos analizados se desea destacar el tiempo de demora. Si tenemos en cuenta que casi la mitad de los pacientes derivados precisaban una atención preferente y de estos la mayoría eran pacientes ingresados en la unidad, 15.72 días de media de espera entre la solicitud del procedimiento y realización del mismo aumenta la estancia hospitalaria empeorando la calidad asistencial del paciente. En cuanto a los pacientes programados la demora es de 4 meses de media incluyendo el tiempo que tardan en ser citados para una valoración previa a la intervención en consultas externas del hospital al que es derivado. En algunos casos esta revaloración podría no ser necesaria mejorando la comunicación con el servicio al que se realiza la derivación y así agilizar el proceso.

La fuente de información son los datos registrados en la historia clínica electrónica de los pacientes del Sector Huesca valorados por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge y que precisan un procedimiento endovascular para diagnóstico o tratamiento de su patología u otro tipo de procedimiento que no pueda ser realizado en dicha unidad.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0432

## 1. TÍTULO

**CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES**

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Desde el inicio del proyecto hasta su finalización la unidad ha vuelto a sufrir una pérdida de personal que impide el desarrollo de la misma, a esto se suma la falta de recursos no sólo para la realización de procedimientos endovasculares sino para la planificación de cualquier tipo de intervención quirúrgica.

La demora y los tiempos de espera siguen siendo elevados dada la presión asistencial que ya de por sí sufren los servicios a los que se realiza la derivación y que se incrementa notablemente con la llegada de estos nuevos pacientes que no pertenecen a su sector. La adquisición de los recursos generales necesarios (humanos y materiales) y la mejora en la comunicación con los servicios de referencia optimizaría la calidad de la atención no sólo disminuyendo los tiempos de espera sino también evitando el traslado del paciente a un hospital que en muchas ocasiones se encuentra muy alejado de su domicilio ocasionando un gran trastorno tanto para el mismo como para sus familiares.
El registro mensual de los datos ha sido de gran utilidad para realizar un seguimiento periódico de los pacientes derivados disminuyendo errores de citación y pérdida, por lo que queda implantado en la unidad como actividad.
Partiendo de este proyecto se podría desarrollar otro para mejorar la comunicación entre servicios con la intención de que la atención al paciente sea de mayor calidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/432 ========== ***

Nº de registro: 0432

Título
CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES

Autores:
MIGUEL SANCHEZ ANA MARIA, SANCHO GRACIA NOEMI IVANA, INGLES SANZ CRISTIAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
La falta de recursos para la realización de procedimientos endovasculares en nuestra Unidad crea la necesidad de derivar pacientes a los hospitales de referencia de otra provincia. La presión asistencial que ya de por sí sufren dichos servicios se incrementa notablemente con la llegada de estos nuevos pacientes que no pertenecen a su sector.
En el año 2018 la cifra de pacientes derivados fue de 67 en total siendo 60 de ellos para la realización de procedimientos endovasculares. Los otros 7 pacientes fueron derivados para cirugía abierta convencional en la mayoría de los casos por falta de personal facultativo. El 26.8% de los pacientes estaban ingresados y un 17.9% precisaban una atención preferente. Los tiempos de demora fueron variables y en algunos casos prolongados ya que estos pacientes se suman a la lista de espera de dichos hospitales.
La unidad cuenta con personal cualificado y formado para la realización de este tipo de procedimientos, pero no cuenta con los recursos materiales necesarios. La adquisición de estos medios y materiales mejoraría la calidad de la atención no sólo disminuyendo los tiempos de espera sino también evitando el traslado del paciente a un hospital que en muchas ocasiones se encuentra muy alejado de su domicilio lo que ocasiona gran trastorno tanto para el mismo como para sus familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0432

## 1. TÍTULO

**CONTROL TELEMATICO DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE LA UNIDAD DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR A OTROS HOSPITALES DEL SISTEMA SALUD PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOVASCULARES**

La población diana a la que va dirigida el proyecto son los pacientes del Sector Huesca valorados por el servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital San Jorge y que precisan un procedimiento endovascular para diagnóstico o tratamiento de su patología.
Con el control telemático de estos pacientes se pretende valorar la posibilidad de ofertar dichos procedimientos como mejora de la calidad asistencial.

MÉTODO
En la Cartera de Servicios de nuestra unidad están incluidas:
- Arteriografía perioperatoria (pre-intra-post)
- Técnica endovascular de angioplastia simple
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent
- Técnica endovascular de angioplastia simple más stent recubierto (endoprótesis)
- Técnica endovascular de injerto endoluminal con endoprótesis
- Técnica endovascular en el síndrome isquémico femoropoplíteo y distal

El personal facultativo que en la actualidad forma la unidad está formado y cualificado para desarrollar este tipo de técnicas por lo que los recursos necesarios serían sólo materiales, aunque deberían realizarse actividades de formación para el personal de enfermería quirúrgica.

INDICADORES
Para el desarrollo del proyecto se va incluir en una hoja de cálculo los siguientes datos:
- Fecha de canalización
- Diagnóstico
- Motivo de la canalización (procedimiento solicitado)
- Origen: ambulatorio/ingresado
- Prioridad: normal/preferente/urgente
- Fecha de realización

Con estos datos podemos obtener información sobre los tiempos de demora y hacer un estudio y seguimiento detallado de los pacientes derivados. Se valorará la posible mejora en la atención de los pacientes al realizar los procedimientos descritos en nuestra unidad.

DURACIÓN
La duración prevista para el desarrollo de este proyecto es desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2019.
Cada mes se realizará una recogida de datos sistemática de los pacientes derivados por todos los miembros de la unidad y la persona responsable del proyecto será la encargada del seguimiento de los pacientes y valoración de los datos finales.

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 - 2019/0454

## 1. TÍTULO

## PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA GRACIA AZNAREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVERO FERNANDEZ ELENA
ARTERO BELLO MARIA PILAR
ONDIVIELA PEREZ JORGE ALEJANDRO
ANORO CASBAS MARIA JOSE
CALLEN SALVATIERRA MONICA
LIESA PELAY LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. En 2018 identificamos unos tiempos de respuesta prolongados, por encima de los valores de referencia, cuando se producía esta patología en nuestra planta de hospitalización. Observamos que se debía a una falta de entrenamiento y un elevado nivel de incertidumbre, que favorecía retrasos, errores en la realización de las técnicas y actuaciones sin un orden estandarizado. Conseguimos entrar dentro de los valores de referencia e iniciar la RCP básica antes de los 4 minutos y la avanzada antes de los 8 minutos, estandarizar los procesos y disminuir la incertidumbre del personal implicado. Sin embargo, al tratarse de una patología de presentación esporádica y ser atendida por personal con turnicidad y elevado recambio, detectamos la necesidad de realizar un entrenamiento periódico para poder mantener o incluso mejorar los objetivos alcanzados y realizar mejoras en la organización de la atención en la planta.

En este proyecto hemos mantenido el equipo de trabajo del proyecto previo (RCP fitness, manteniendo un equipo en forma ante la PCR ), para trabajar en la preparación de los simulacros y el análisis posterior. Hemos realizado un entrenamiento semestral de atención a la parada cardiaca intrahospitalaria mediante simulacro sorpresa en planta, con muñeco, implicando al personal de planta, servicio responsable del paciente y UCI. Durante los simulacros se ha realizado la toma de tiempos y análisis del procedimiento mediante la check list, desarrollada en el proyecto previo, y grabación de video. En la check list analizamos, mediante 26 items, la identificación correcta de la situación de parada cardiaca (constantes vitales), la toma de tiempos (primer aviso, inicio maniobras básicas, llegada personal asistencial, inicio maniobras avanzadas), la monitorización del paciente, la realización correcta de resucitación básica, la desfibrilación adecuada y precoz, la realización correcta de RCP avanzada, la asunción de tareas específicas por cada miembro del equipo de resucitación, la disponibilidad del material necesario para la atención de la parada, la presencia de la Historia Clínica en la habitación del paciente, la existencia de orden expresa de no RCP o documento de voluntades anticipadas en la Historia Clínica y finalmente el éxito o fracaso en la recuperación de circulación espontánea.
Despues de cada simulacro se ha hecho una puesta en común con el personal y una sesión formativa de puesta al día. Se ha realizado una encuesta para valorar el nivel de estres percibido según una escala del 1 (nada de estres) al 4 (mucho estres).
Hemos cumplido el calendario previsto realizando dos bloques de entrenamiento repartidos en el año, con el fin de llegar al personal de los distintos turnos. Hemos empleado el muñeco simulador y el material de atención a la parada cardiaca de la planta. Para las sesiones y puesta en común utilizamos la sala de sesiones de la planta y el material informático. Reservamos un tiempo del personal del equipo responsable de cada entrenamiento y procuramos realizar los simulacros en momentos en que la carga asistencial lo permite.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el proyecto los tiempos de respuesta se han mantenido dentro de los estándares de referencia, mejorando incluso notablemente respecto a los logrados en el proyecto anterior. El seguir las pautas ya marcadas y la implicación del personal se han reflejado en unos tiempos de alarma muy rápidos, 8 y 15 segundos en la primera reacción, y en un inicio rápido y eficaz de las maniobras de RCP básica, en una ocasión por una auxiliar de clínica en 1’45’’ y en otra por enfermería en 1’20’’, sin esperar la llegada del médico. El tiempo de llegada del médico ha estado en los 3’30’’ en las dos prácticas, realizando la desfibrilación entre los 5 y los 6 minutos. Todos los procesos se han realizado de forma correcta y eficaz. El nivel de estrés percibido mediante encuesta en escala de 1 a 4 está entre 2 y 3, evitando el bloqueo del personal. El grado de satisfacción sigue siendo muy elevado. El personal de enfermería del equipo ha comunicado los resultados del proyecto, mereciendo un premio en reconocimiento. Las sesiones de puesta en común son participativas y aportan nuevos elementos de mejora adaptados a la realidad de las personas que participan.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El resultado de esta segunda fase del proyecto ha vuelto a ser satisfactorio al comprobar la mejora lograda en la actuación ante la parada cardiaca, en cuanto a tiempos, coordinación del equipo y ampliación en los conocimientos del personal implicado. Se mantiene una elevada motivación del personal de planta, satisfacción con los resultados y disminución del estrés que provoca la patología.
En respuesta a la demanda del personal, planeamos hacer hincapié en el entrenamiento del aspecto técnico de la atención a la parada, con talleres prácticos de RCP y maniobras de soporte vital, planteando la posibilidad

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0454

## 1. TÍTULO

## PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

de que el personal de nuestra planta pueda ser referencia docente en otras plantas del hospital, en los distintos estamentos.
Sigue siendo un aspecto de mejora organizativa la asunción de roles de cada miembro del equipo y la adecuación del número de personas que atienden la PCR. Por falta de tiempo debido a que he estado de baja maternal, no hemos completado el documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado, pero preveemos cerrarlo en breve. Tampoco hemos conseguido el teléfono único de atención a la PCR intrahospitalaria por problemas técnicos, seguimos buscando soluciones.
En cualquier caso, mantendremos el programa de actualización con actuaciones periódicas y la intención de mejora continua.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/454 ========== ***

Nº de registro: 0454

Título
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
GRACIA AZNAREZ MARIA, RIVERO FERNANDEZ ELENA, ARTERO BELLO PILAR, ONDIVIELA PEREZ JORGE, ANORO CASBAS MARIA JOSE, CALLEN SALVATIERRA MONICA, LIESA PELAY LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
La parada cardiaca intrahospitalaria es un problema importante de salud pública, con alta incidencia (5/1000 ingresos) y alta mortalidad (hasta 20%). La supervivencia y la calidad de vida posterior dependen directamente del tiempo de respuesta. Identificamos una falta de entrenamiento y elevado nivel de incertidumbre en el proceso de atención cuando se produce la situación de la parada cardiaca en nuestra planta, que se concretaba en tiempos de respuesta prolongados, errores en la realización de las técnicas y actuaciones sin un orden estandarizado. Por eso desarrollamos en 2018 el proyecto RCP fitness, con evidente mejoría de los tiempos y procesos de actuación y satisfacción por parte del equipo de planta, quienes demandan dar continuidad al proyecto para poder mantener o incluso mejorar los objetivos alcanzados y para realizar mejoras en la organización de la atención en la planta .
Planteamos un proyecto continuado de entrenamiento periódico y mejora de proceso, por la rotación de personal tanto en turnos como en contratos, que hace que la atención a esta patología no sea habitual

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestros objetivos son mantener los tiempos de respuesta a la parada cardiaca intrahospitalaria en planta de Cardiología por debajo de los estándares de calidad (4 minutos para RCP básica, 8 minutos para RCP avanzada), acortándolos en la mayor medida posible mediante entrenamiento del personal y estandarización de procesos.
Pretendemos realizar un documento con la secuencia de actuación para cada estamento implicado. Queremos organizar un teléfono único de atención a la PCR intrahospitalaria, conjuntamento con el servicio de Cuidados Intensivos.
Asegurar la correcta realización de las maniobras de resucitación
Disminuir el estres percibido por el personal ante la situación para lograr puntuaciones de 1-2 en una escala de estres percibido del 1 (nada de estres) al 4 (mucho estres)

MÉTODO
Pretendemos realizar un entrenamiento semestral (al menos) mediante simulacro sorpresa de PCR en planta, con muñeco, implicando al personal de planta, servicio responsable del paciente y UCI. El simulacro será supervisado con toma de tiempos y análisis del procedimiento mediante check list y video
Tras los simulacros realizaremos una puesta en común con el personal y una sesión formativa de puesta al día
Pasaremos una encuesta para valorar el nivel de estres percibido

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0454

## 1. TÍTULO

### PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA EN LA ATENCION A LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA

INDICADORES
Nuestros indicadores de calidad serán los tiempos de respuesta a la parada cardiaca (tiempo al aviso, al inicio de la RCP básica, por debajo de los 4 minutos y con mejoría progresiva, desfibrilación, llegada del médico, RCP avanzada, por debajo de los 8 minutos y con mejoría progresiva), la comprobación de la corrección técnica mediante check list, lograr un nivel de estres aceptable para la situación (1-2 en escala de 1 a 4) y la consecución de los objetivos específicos: asignación de roles y teléfono único

DURACIÓN
Lo planteamos como proyecto de seguimiento por el recambio del personal en relación con la frecuencia de suceso del evento, con realización de al menos dos bloques anuales (simulacro, puesta en común y sesión formativa). Los objetivos deben mantenerse siempre dentro de los estándares de calidad. El documento de roles y el teléfono único son objetivos para el primer año

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0873

## 1. TÍTULO

**CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON REALIZACIÓN DEINGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPOS**

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA RIVERO FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONDIVIELA PEREZ JORGE ALEJANDRO
MARQUINA BARCOS ADOLFO
ALINS REMI IGNACIO
PUYAL CASTAN CRISTINA
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
VADILLO MARTINEZ MARIA DOLORES
SAMPER SECORUM CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Febrero de 2019 se realizó formación presencial de un médico y una enfermera en la Unidad de Insuficiencia cardíaca del Hospital Arnau de Vilanova (Lérida).
Desde Febrero de 2019 se inició la consulta de Insuficiencia cardiaca con una consulta a la semana con un médico y una enfermera. Hay dos médicos dedicados a esta actividad que se van alternado. Durante este año no hemos contado con ninguna enfermera adscrita para esta actividad lo que ha dificultado el desarrollo del proyecto.
También desde Febrero de 2019 se realizaron ingresos programados para infusión de diuréticos/inotropos. Se utilizó una cama de hospitalización con monitorización continua de 8-16 horas por sobrecarga del Hospital de día. Además se ha realizado administración de hierro intravenoso en el Hospital de día pautado desde la consulta.

En todas estas actividades se cumplió con el calendario marcado y los recursos planteados.

Se está elaborando un protocolo de manejo de pacientes con insuficiencia cardiaca para mejorar la organización asistencial de la enfermedad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Número de pacientes visto en la consulta de Insuficiencia cardíaca (médico+enfermera): En el año 2019 se han realizado 79 consultas en las que se han visto 26 pacientes distintos. A tener en cuenta que se trata de pacientes crónicos que requieren seguimiento clínico estrecho.

-Número de pacientes ingresados de forma programada para infusión de diuréticos/inotropos: 2 pacientes. La periodicidad de los ingresos ha variado según las necesidades de los pacientes, desde cada 15 días hasta 3 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La consulta de Insuficiencia cardíaca ha permitido mejorar la atención de los pacientes con esta patología, permitiendo una revisión al alta precoz, un seguimiento clínico estrecho y la administración de tratamientos como el hierro intravenoso o la infusión de diuréticos/inotropos de forma programada. Todo ello ha contribuido a disminuir el número de reingresos y a mejorar su calidad de vida.

Queda por definir aun el espacio físico del Hospital de día para poder realizar los tratamientos intravenosos programados de una forma más eficiente. Por otro lado, no se ha llegado a abrir la consulta de Insuficiencia cardíaca de enfermería por falta de personal asignado. Por este mismo motivo tampoco se ha realizado la atención telefónica a los pacientes para consultas sobre síntomas y modificaciones de tratamiento. Actualmente hay una enfermera adscrita a esta consulta y una segunda enfermera en formación con un máster en insuficiencia cardíaca. Así mismo, al no disponer del personal de enfermería no hemos podido ampliar la consulta al Servicio de Medicina Interna. Esperamos que en un futuro próximo podamos contar con los recursos suficientes para poder completar los objetivos establecidos y ofrecer una mejor asistencia a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/873 ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0873

## 1. TÍTULO

## CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON REALIZACIÓN DEINGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPOS

Nº de registro: 0873

Título
CREACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDIACA CON REALIZACION DE INGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSION PERIODICA DE DIURETICOS E INOTROPOS

Autores:
RIVERO FERNANDEZ ELENA, ONDIVIELA PEREZ JORGE, MARQUINA BARCOS ADOLFO MIGUEL, ALINS REMI IGNACIO, PUYAL CASTAN CRISTINA, VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA, VADILLO MARIA DOLORES, SAMPER SECORUM CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La insuficiencia cardiaca es una enfermedad con una elevada prevalencia alcanzando el 1-2% de la población adulta. Dicha prevalencia se incrementa con la edad, superando el 10% en mayores de 70 años, y constituye la causa más frecuente de ingreso en nuestro medio. La hospitalización por insuficiencia cardiaca tiene una elevada mortalidad (50% en 5 años desde el comienzo de la enfermedad) y conlleva un gran número de reingresos (entre un 40-50% en el primer año). El coste económico de la enfermedad es elevado debido al gran número de ingresos y a lo prolongado de los mismos con frecuentes complicaciones. Todo ello justifica la organización asistencial de la insuficiencia cardiaca que permita un seguimiento continuo de la enfermedad, optimizando el tratamiento y las comorbilidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención de los pacientes con insuficiencia cardíaca, optimización del tratamiento, disminución de los reingresos y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO
-Creación de una consulta específica de insuficiencia cardiaca con un cardiólogo y una enfermera especializados.
-Realización de ingresos programados periódicos para infusión de diuréticos/inotropos intravenosos.
-Coordinación con Unidad de Insuficiencia Cardiaca del Hospital de referencia (H. Miguel Servet) para valoración de pacientes candidatos a terapia de resincronización cardíaca y trasplante cardíaco.
- Consulta de enfermería para educación sobre hábitos dietéticos y autocontrol de síntomas.
- Atención telefónica a los pacientes para consultas sobre síntomas y modificaciones de tratamiento.

INDICADORES

- Número de pacientes visto en la consulta del médico.
-Número de pacientes vistos en la consulta de enfermería.
-Número de pacientes ingresados de forma programada para infusión de diuréticos/inotropos.
-Número de llamadas telefónicas atendidas en la consulta.

DURACIÓN
Febrero 2019: Formación de médico+enfermera en una unidad de insuficiencia cardiaca (Hospital Arnau de Vilanova)
Marzo 2019: Apertura de la consulta de Insuficiencia cardiaca (médico+enfermera).
Inicio ingresos programados para infusión de diuréticos/inotropos.
Mayo 2019: Apertura de consulta de Insuficiencia cardiaca de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados
---
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0873

## 1. TÍTULO

**CREACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA CON REALIZACIÓN DEINGRESOS PROGRAMADOS PARA INFUSIÓN PERIÓDICA DE DIURÉTICOS E INOTROPOS**

```
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 - 2019/1379

## 1. TÍTULO

**REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR ARTERO BELLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA BARCOS ADOLFO
ALINS RAMI IGNACIO
VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA
GRACIA AZNAREZ MARIA
BRUN GUINDA DAVID
CORTES IZAGA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha creado un equipo de trabajo formado por 2 Cardiólogos, los cuales nos hemos reunidos en varias ocasiones:
• Marzo 2019: Se revisaron (según los criterios de calidad publicados en la Revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist. 2013;28(4):234-243) y los publicados/recomendados por la Sociedad Española de Cardiología), los consentimientos informados actualmente vigentes en nuestro servicio, para valorar cuántos de ellos incumplían dichos criterios y por tanto tenían que ser modificados y actualizados.
• Abril del 2019: Se modifican y actualizan los consentimientos según los criterios anteriormente descritos.
• Mayo del 2019: Se envían al Comité de Ética Asistencial del Sector Huesca y a la Comisión de Historias Clínicas del H. San Jorge para su valoración.
• Junio-Agosto 2019: Se realizan las modificaciones oportunas recomendadas por ambos comités.
• Septiembre del 2019: Se envían los consentimientos definitivos a la Comisión de Historias Clínicas.

Para facilitar la comunicación y el acceso a los Consentimientos Informados por los Profesionales Sanitarios, la Comisión de Historias Clínicas se ha encargado de su difusión y disposición en formato electrónico en un apartado específico en Intranet del H. San Jorge, al igual que el resto de consentimientos disponibles en el Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Que los Consentimientos Informados actualmente vigentes en nuestro Servicio cumplan los criterios de calidad establecidos por publicaciones anteriores, normativa vigente y la Sociedad Española de Cardiología.

Impacto del proyecto: Que el paciente obtenga una información de calidad en aquellos procedimientos que se realizan en nuestro Servicio y requieren que el consentimiento se dé por escrito (intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos, y aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud de paciente).

Indicadores:
-Número y porcentaje de documentos revisados respecto al número total de documentos en vigor en la actualidad en el Servicio de Cardiología: Se han revisado 14 documentos que son el 100% de los documentos en vigor.
-Número y porcentaje respecto al total de documentos revisados que incumplen los criterios de calidad establecidos: Incumplen algún criterio de calidad 12 documentos, que son el 85,7% de los documentos disponibles.
-Número y porcentaje de documentos que se actualizan según los criterios de calidad y normativa vigente en relación al total de documentos defectuosos: Se han actualizado 12 documentos que son el 100% de los documentos defectuosos.
-Número y porcentaje de documentos disponibles en la intranet, respecto al número total de documentos en vigor en el Servicio, una vez actualizados: En la intranet hay disponibles 14 documentos que son el 100% de los documentos en vigor en nuestro Servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actualización de los documentos, así como su disposición en formato electrónico ha sido un proyecto útil no sólo porque el paciente obtiene una información de mejor calidad como se ha explicado antes, sino porque al estar disponible en formato electrónico desde la intranet del hospital es más accesible para todos los profesionales que tienen contacto con el paciente.

Aspectos pendientes: Unificar los consentimientos informados de los pacientes ingresados en este hospital y se les realiza la prueba en otro de la misma comunidad. Actualmente los consentimientos no son los mismos lo que dificulta la información al paciente.

El proyecto es sostenible y precisaría la actualización de los consentimientos cada 5 años.

Posibilidades de replicación: Podría adaptarse a cualquiera de los centros de la Comunidad Autónoma ya que cumplen los criterios de calidad y de nuestra Sociedad Científica con pequeñas modificaciones adaptadas a

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1379

## 1. TÍTULO

**REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

cada centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1379 ========== ***

Nº de registro: 1379

Título
REVISION Y ACTUALIZACION DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
ARTERO BELLO PILAR, MARUINA BARCOS ADOLFO, ALINS RAMI IGNACIO, VILLARROEL SALCEDO MARIA TERESA, GRACIA AZNAREZ MARIA, BRUN GUINDA DAVID, CORTES IZAGA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
Según la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes, prestado después de recibir una información adecuada y que cómo regla general se realizarán de forma verbal, con las siguientes excepciones, en las que será escrito: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente.
En Cardiología se realizan múltiples procedimientos diagnósticos y terapéuticos que cumplen éstos requisitos y por lo tanto precisan el documento del consentimiento informado, como por ejemplo el implante de marcapasos definitivo, realización de cardioversión eléctrica, prueba de esfuerzo, ecocardiograma de estrés, etc.
En los últimos años ha habido varios estudios y trabajos sobre la calidad formal de éste documento en nuestro país, añadiendo varios criterios que deben cumplir este documento.
Revisando los documentos de consentimiento informado actualmente vigentes en nuestro servicio hemos observado que llevan varios años sin actualizarse y que la mayor parte de ellos tienen defectos, además parte de ellos son anteriores a la publicación de la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente que clarifica algunos aspectos recogidos en la Ley General de Sanidad de 1986, como el ámbito de las intervenciones en las que se debe obtener el consentimiento o los requisitos que éstos deben cumplir.
Dada la importancia que tienen éstos formularios en el proceso de información médica, es necesario garantizar su calidad, por ello es importante y útil nuestro proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Una vez se actualicen todos los documentos de consentimiento informado, se espera que el paciente pueda recibir una información de mejor calidad.
Se espera que los documentos cumplan con los criterios de calidad establecidos por publicaciones anteriores, normativa vigente y nuestra sociedad científica (la cuál publica cada cierto tiempo una serie de documentos actualizados)
Éste proyecto va dirigido a todos los pacientes a los que se les vaya a realizar un procedimiento en el servicio de Cardiología del Hospital San Jorge de Huesca y precise de éste documento previo a su realización y por lo tanto, para que todos los médicos que soliciten dicha prueba puedan acceder a él, va a estar disponible en formato electrónico en intranet

MÉTODO
Para lograr los objetivos, el equipo de trabajo formado por dos personas del servicio de Cardiología vamos a establecer 4 reuniones para valorar (según los criterios de calidad publicados en la revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist.2013;28(4):234-243) y los últimos consentimientos publicados y recomendados por la Sociedad Española de Cardiología), los consentimientos que incumplen los criterios de calidad establecidos

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1379

## 1. TÍTULO

**REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

y por lo tanto están defectuosos y así proceder a su actualización.
Una vez actualizados se someterán a consulta por los componentes del Comité de Ética Asistencial de Huesca y posteriormente por los de la Comisión de Historias Clínicas para su valoración y modificación si fuera necesaria.
Se establecerá una reunión para dicho motivo. La comisión de Historias Clínicas se encargará de la difusión y de que estén disponibles en formato electrónico en la intranet.

INDICADORES
Número y porcentaje de documentos revisados respecto al número total de documentos en vigor en la actualidad en el servicio de Cardiología.
Número y porcentaje respecto al total de documentos revisados que incumplen los criterios de calidad establecidos.
Número y porcentaje de documentos que se actualizan según los criterios de calidad y normativa vigente en relación al total de documentos defectuosos.
Número y porcentaje de documentos disponibles en la intranet, respecto al número total de documentos en vigor en el servicio, una vez actualizados los documentos.
Fuente de datos: criterios de calidad publicados en la revista de Calidad Asistencial (Rev Calid Asist.2013;28(4):234-243) y los últimos consentimientos publicados y recomendados por la Sociedad Española de Cardiología),

DURACIÓN
Durante los meses de mayo y junio 2019,se van a establecer las 4 reuniones entre 2 Cardiólogos (Pilar Artero y Mª Teresa Villarroel) para revisión y actualización de los consentimientos.
Julio, Agosto y Septiembre 2019, se enviarán al Comité de Ética Asistencial de Huesca y Comisión de Historias Clínicas para su valoración.
Octubre 2019: se realizará las modificaciones oportunas que se nos hayan recomendado para elaborar los documentos definitivos
Noviembre del 2019: Se enviarán los definitivos a la Comisión de Historias Clínicas para su difusión y su disposición en formato electrónico en la intranet.

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 - 2019/0857

## 1. TÍTULO

## MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MELODY GARCIA DOMINGUEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TALAL EL ABUR ISSA
SAUDI MORO SEF
ABADIA FORCEN MARIA TERESA
MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO
MONTORO HUGUET MIGUEL
SARVISE LACASA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes afectos de diverticulitis colónica aguda leve (no complicada) podrían beneficiarse del tratamiento ambulatorio si se dan las condiciones idóneas. Hemos utilizado como base para este trabajo los criterios empleados en el estudio epidemiológico retrospectivo, analítico y observacional sobre las diverticulitis agudas tratadas en el Hospital General San Jorge entre los años 2007 y 2017. Empleando los criterios clínicos y radiológicos definitorios, hemos incluido a 22 pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada (grado Hinchey Ia) entre el 1 de abril y el 31 de diciembre de 2019. Hemos excluido a los pacientes que, aunque tuvieran una alta sospecha clínica de diverticulitis aguda leve, no se les había realizado ninguna prueba radiológica de confirmación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estancia media (días de permanencia del paciente diagnosticado de diverticulitis aguda no complicada en régimen de hospitalización ocupando una cama): 6,85 días.
- % de hospitalizaciones por diverticulitis aguda no complicada respecto a los datos de los años previos: en el periodo de estudio, ha habido un 57,1% más de ingresos por diverticulitis aguda no complicada que el mismo periodo del año 2017 (22 ingresos en 2019 frente a 14 en 2017); al igual que ha habido un 29,4% más de ingresos por diverticulitis aguda no complicada que el mismo periodo del año 2016 (22 ingresos en 2019 frente a 17 en 2016).
- % de ingresos potencialmente evitables (pacientes que, dadas sus características, podrían haberse beneficiado de un manejo ambulatorio): 63,6%. Tras una valoración individualizada, los 22 pacientes fueron ingresados para realizar un tratamiento antibiótico endovenoso inicial. De ellos, 8 presentaban comorbilidades que hacían dudar de la idoneidad del manejo ambulatorio, pero los 14 pacientes restantes cumplían criterios de selección y podrían haber sido subsidiarios de un manejo terapéutico ambulatorio según las pautas establecidas en la literatura médica.
- Tasa de reingreso en Urgencias (% de pacientes que vuelven a acudir al Servicio de Urgencias por ausencia de mejoría clínica dentro del mismo episodio): 0%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dadas las características clínicas y los datos sobre comorbilidad de los pacientes que fueron ingresados por diverticulitis aguda no complicada en el Hospital San Jorge de Huesca, entre los meses estudiados del año 2019, en el 63,6% se podría haber planteado un manejo ambulatorio basado en tratamiento antibiótico oral y dieta libre de residuos, con un control y seguimiento clínico efectuado por su médico de atención primaria.
Aunque probablemente se requiera un estudio más amplio en nuestro medio, los datos obtenidos sugieren que el manejo ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada es factible y seguro, planteándonos realizar en el futuro un protocolo de tratamiento ambulatorio de esta patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/857 ========== ***

Nº de registro: 0857

Título
MEJORA DEL MANEJO TERAPEUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

Autores:
GARCIA DOMINGUEZ MELODY, TALAL EL ABUR ISSA, SAUDI MORO SEF, ABADIA FORCEN MARIA TERESA, MARTIN ANORO LUIS FRANCISCO, ROLDON GOLET MARTA, MONTORO HUGUET MIGUEL, SARVISE LACASA FERNANDO

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0857

## 1. TÍTULO

### MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diverticulosis colónica afecta a aproximadamente el 50% de las personas mayores de 60 años y su prevalencia aumenta con la edad. La mayoría de los afectos permanecen asintomáticos (75-85%), estimándose entre el 15% y el 25% la tasa general de diverticulitis sintomática a lo largo de la vida; la incidencia de diverticulitis aguda es mayor en mujeres que en hombres (98,6/100.000 frente a 76,3/100.000 habitantes)*. La tasa de hospitalización secundaria a diverticulitis ha registrado un incremento en las últimas décadas (91,9/100.000)*. La infección peridiverticular que resulta de la perforación (macroscópica o microscópica) de un divertículo puede variar desde una diverticulitis leve (no complicada) que puede tratarse ambulatoriamente en condiciones idóneas, hasta una perforación libre con peritonitis difusa que requiere tratamiento quirúrgico urgente. Se pretende establecer una mejora en el manejo de los pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada.
* Clin Gastroenterol Hepatol. 2016; 14 (1): 96-103.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir la tasa de ingresos por diverticulitis aguda no complicada (grado Hinchey Ia).
- Minimizar la morbilidad asociada al ingreso, disminuyendo la carga asistencial en los servicios hospitalarios.
- Aumentar el confort y la satisfacción de los pacientes tratados de forma ambulatoria.

MÉTODO
Hemos realizado un estudio epidemiológico retrospectivo, analítico y observacional a partir de una base que recoge los datos clínicos de los pacientes con los diagnósticos de diverticulitis aguda izquierda (colon descendente y sigma) no complicada y complicada, que fueron ingresados y tratados en el Hospital General San Jorge de Huesca desde Enero de 2007 hasta Diciembre de 2017. Todos los pacientes incluidos en el estudio habían sido diagnosticados mediante el empleo de una prueba de imagen radiológica (ecografía o tomografía computarizada) asociada a los criterios clínicos definitorios (dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda). Excluimos a los pacientes ingresados bajo la sospecha diagnóstica inicial de diverticulitis aguda y que tras un exhaustivo estudio cambiaron el diagnóstico a otro. No hemos establecido límites de edad.
La base de datos contiene variables clínicas individuales, relacionadas con el tratamiento durante el ingreso y con la incidencia de complicaciones durante el mismo.
Los resultados extraídos del análisis estadístico de estas variables (edad de los pacientes, comorbilidad, gravedad del episodio, incidencia de complicaciones…) podrían extrapolarse para ayudar en la selección de aquellos pacientes que se beneficiarían de un tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada.
Acciones: Para ello, los pacientes diagnosticados de diverticulitis aguda no complicada (clínica y radiológicamente) en el Servicio de Urgencias y que cumplan criterios de tratamiento ambulatorio (ausencia de fiebre y de signos de afectación sistémica, ausencia de restricciones para la ingesta alimentaria, dolor abdominal controlable con analgesia oral, ausencia de comorbilidades importantes, embarazo e inmunosupresión, ausencia de alteraciones analíticas importantes, y presencia de buen soporte socio-familiar) serán valorados y seleccionados individualmente para el manejo ambulatorio. Éste manejo consiste en una dieta líquida libre de residuos y antibióticos orales de amplio espectro administrados de 7 a 10 días.
Las pautas antibióticas más empleadas son aquellas consistentes en amoxicilina-clavulánico (1gr/ 8h vía oral) o ceftriaxona (1gr/ 24h) + metronidazol (500mg/ 8h vía oral); o en caso de alergia a betalactámicos, ciprofloxacino (500mg/ 12h vía oral) + metronidazol (500mg/ 8h).
El control y el seguimiento será clínico y lo efectuará el médico de atención primaria hasta la resolución del cuadro clínico o hasta la finalización del tratamiento antibiótico. En caso de detectar cualquier complicación, el paciente sería nuevamente enviado al Servicio de Urgencias para su valoración.

INDICADORES
Para evaluar los resultados emplearemos los siguientes indicadores de calidad, pues son los que más se ajustan a nuestros objetivos:
- Estancia (días de permanencia del paciente diagnosticado de diverticulitis aguda no complicada en régimen de hospitalización ocupando una cama).
- % de reducción de hospitalizaciones por diverticulitis aguda no complicada respecto a los datos de los años previos.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0857

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL MANEJO TERAPÉUTICO AMBULATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA**

- % de ingresos potencialmente evitables (pacientes que, dadas sus características, podrían haberse beneficiado de un manejo ambulatorio).
- Tasa de reingreso en Urgencias (% de pacientes que vuelven a acudir al Servicio de Urgencias por ausencia de mejoría clínica dentro del mismo episodio).

DURACIÓN
Aplicación, registro y monitorización: 1 abril de 2019- 31 de diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0387

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JESSICA PALACIO BARRABES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOBO ESCOLAR ANTONIO
JIMENEZ SALAS BERTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras la aceptación del proyecto de calidad se procedió a la realización de una hoja de comprobaciones tipo "check-list" con todos los apartados comentados previamente en el proyecto. Dicha hoja se diseñó para ser incorporada dentro del evolutivo correspondiente al episodio de hospitalización programada para la implantación de una artroplastia total de rodilla (PTR).
La presentación de la hoja de comprobaciones en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del H.San Jorge (Huesca) se retrasó un par de meses, con aceptación de la misma y modificación con las sugerencias aportadas en sesión. Un apartado no incluido en la mayoría de guías clínicas y que decidimos añadir al check-list es la salud bucodental del paciente ya que existe un importante porcentaje de la población que presenta procesos inflamatorio-infecciosos silentes que pueden afectar al pronóstico de la cirugía protésica.
Finalmente no se presentó el check-list a la plantilla de enfermería ya que como hoja de evolución clínica queda guardada en el fichero médico de hospitalización.

La plantilla se puso a disposición de todos los facultativos para su utilización en los ingresos programados por PTR, con copias disponibles tanto en el despacho médico, en el control de enfermería y en el del Sº de Urgencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al indicador principal de aplicación del protocolo, actualmente consideramos este primer año como en proceso de implantación, siendo del 90%.

Respecto a los indicadores secundarios:
En el caso del adecuado cumplimiento del protocolo: todos los check-list se cumplimentaron de manera correcta (100%).
En el apartado de contabilización de fallos en el proceso del ingreso programado: no se detectaron fallos ni en los casos de ingreso programado utilizando el check-list ni en aquellos realizados de manera tradicional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez puesta la plantilla a disposición de los facultativos, se ha observado una alta adherencia para su uso, agilizando el proceso de ingreso programado de los pacientes que también ha mejorado con la inclusión y utilización de protocolos actualizados en Farmatools.
En la mayoría de los casos no ha sido necesaria la actualización del estudio preoperatorio debido a que la cirugía se realizó en el plazo de los 6 primeros meses tras su indicación. Fue más frecuente la actualización de las pruebas de imagen dado que alguna de ellas estaba realizada con fecha previa a la consulta en la que el paciente fue incluido en lista de espera quirúrgica.
La mayoría de procesos intercurrentes sucedidos desde la valoración anestésica hasta el ingreso hospitalario fueron considerados de etiología menor o menos grave, especialmente de tipo infeccioso (tracto urinario y vías respiratorias superiores). Dado que estos episodios deben estar controlados antes de proceder con la cirugía protésica se solicitó nueva valoración anestésica y/o al Sº de Medicina Interna según el caso.
Dado que aún no se ha cumplido el año desde la implantación del protocolo no se han presentado los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

7. OBSERVACIONES.
Ha habido facultativos que por costumbre prefieren seguir rellenando el evolutivo sin plantilla sin que eso suponga fallos en el proceso de ingreso. Se deja a elección del facultativo la utilización o no de la plantilla como método para agilizar el ingreso.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/387 ========== ***

Nº de registro: 0387

Título
PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:
PALACIO BARRABES JESSICA, LOBO ESCOLAR ANTONIO, JIMENEZ SALAS BERTA

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0387

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La artrosis de rodilla es una patología muy frecuente en nuestro medio. Aproximadamente el 50-60% de las personas entre 65 y 70 años la padece. De estas un 60% presentan clínica asociada. En función de unos criterios como son el dolor que limita la vida diaria sin respuesta a tratamiento conservador, la pérdida del espacio articular en las radiografías y la edad avanzada se plantea la artroplastia total de rodilla (PTR). Esta cirugía es por ello un procedimiento de los más frecuentes en los servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología y de los que más lista de espera generan.
Dado que en nuestro hospital el ingreso programado de estos pacientes se realiza la tarde de antes por el profesional de guardia creemos conveniente la creación de un protocolo de ingreso y de una hoja de comprobación rápida o “check-list” para unificar esta etapa de la hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS
Este proyecto va dirigido a los integrantes del servicio de Cirugía Ortopédica de Traumatología del Hospital San Jorge de Huesca.
Su objetivo principal es unificar los pasos y optimizar el tiempo a la hora de realizar el ingreso programado de un paciente pendiente de artroplastia total de rodilla en nuestro servicio.
La población diana serán dichos pacientes en lista de espera quirúrgica para el procedimiento de PTR en nuestro hospital.

MÉTODO
Para cumplir el objetivo previsto será necesario que el protocolo a crear comprenda los siguientes aspectos:
1.- Pauta de profilaxis tromboembólica según la “Guía de Profilaxis del Tromboembolismo de la SECOT”.
2.- Pauta de profilaxis antibiótica según la guía actualizada del comité de infecciones del hospital.
3.- Solicitud de pruebas cruzadas.
4.- Revisión de la medicación actual del paciente para su registro en el programa Farmatools y su consiguiente administración durante la estancia hospitalaria evitando duplicidades e interacciones.
5.- Pauta analgésica personalizada.
6.- Pauta de fluidoterapia de mantenimiento.
7.- En pacientes diabéticos aplicación de la “pauta de insulinoterapia para intervención quirúrgica” diseñada por el Servicio de Endocrinología.
8-Revisión de las pruebas de imagen disponibles. En el caso de que la antigüedad de las mismas sea mayor de 1 año (debido a la lista de espera), se deberán actualizar.
9.- Revisión de la última analítica disponible. En el caso de que la antigüedad sea mayor de 1 año (debido a la lista de espera), se deberá actualizar.
10.- Revisión de las posibles enfermedades intercurrentes de especial relevancia sucedidas desde la valoración anestésica hasta el momento del ingreso programado que puedan requerir de una nueva valoración por parte del Servicio de Anestesia.
11.- Comprobación de la extremidad a intervenir con el dibujo de una flecha en la misma.
Para asegurarnos una correcta aplicación del protocolo se creará una hoja de comprobación (check-list) con los apartados comentados, que deberá incorporarse al historial de ingreso de cada paciente.

INDICADORES
La fuente de datos será la hoja de comprobaciones (check-list) creada para este protocolo.
El Indicador principal será la aplicación del protocolo: número de ocasiones en las que se ha aplicado el protocolo respecto al número de veces en que se debía aplicar. Siendo el estándar deseable de = 95%.
Como indicadores secundarios se valorarán:
A) El adecuado cumplimiento del protocolo:
1.- número de check-list correctamente cumplimentadas respecto al total de hojas.
2.- número de check-list correctamente cumplimentadas respecto al total de ingresos programados por PTR.
En ambos casos el estándar deseable será de = 95%.
B) Contabilización de fallos en el proceso del ingreso programado desde la implantación del protocolo desglosando la etiología de los mismos.

DURACIÓN
Redacción del protocolo en el plazo de un mes desde la fecha y presentación del mismo en el servicio hospitalario de Cirugía Ortopédica y Traumatología así como a la plantilla de enfermería. Aprobación con las modificaciones sugeridas. Puesta en marcha del protocolo, creación de la hoja de comprobación y valoración inicial de su funcionamiento a los 3 meses para valorar posibles modificaciones. Al finalizar un año de su implantación, presentar los datos e indicadores obtenidos en sesión clínica del Servicio.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0387

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE INGRESO PROGRAMADO EN ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

```
OBSERVACIONES
No son necesarias.

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 - 2019/0477

## 1. TÍTULO

## RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA SANCHO RODRIGO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
BERASATEGI NORIEGA IRAIA
LOBO ESCOLAR LUIS
MOLINEDO QUILEZ MARTA
OCHOA ROJAS MIGUEL ANGEL
MOYANO LEDESMA AMPARO
SANMARTIN BERRAQUERO ROSALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y Traumatología sufren multitud de procesos tales como fracturas, fisuras, luxaciones, esguinces de diferentes grados, contusiones…en dichas situaciones el facultativo o personal de Enfermería procede a inmovilizar la articulación afecta o a reducirla e inmovilizarla posteriormente mediante yesos cerrados o férulas. Dichos pacientes muchas veces desconocen los cuidados que deben de tener con las inmovilizaciones y los posibles riesgos derivados de ellas.

Se ha realizado una hoja con información sobre los cuidados a tener en cuenta tras ser inmovilizado y los signos de alarma ante los cuales deben de acudir a urgencias para ser revalorados.

A partir del segundo semestre de 2019 dicha hoja informativa se ha proporcionado a pacientes inmovilizados con férulas o yesos cerrados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de hoja informativa sobre los cuidados a tener en cuenta y los signos de alarma en los pacientes inmovilizados. Dicha hoja está en proceso de obtener código HSJ para poder disponer de ella en cualquier Servicio.

Dicha hoja informativa se ha incluido en el protocolo de inmovilización mediante yeso o escayola.

Tras evaluar el grado de satisfacción de los pacientes en Consultas Externas de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), un 84% de ellos refiere que les ha sido de utilidad la información aportada, un 11% que no les ha sido de utilidad y un 5% refiere que no se han leído la información.

Durante el segundo semestre de 2019 se han atendido a un total de 17.718 urgencias, de las cuales 28 pacientes acudieron al servicio de Urgencias para revisión o cambio de escayola, dato obtenido a través del programa PCH.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aquellos pacientes que han sido revisados en Consultas Externas de COT refieren que dicha hoja informativa ha sido de interés, ya que expone de manera clara y concisa aquellos aspectos y cuidados a tener en cuenta con una inmovilización. A pesar de que dichas indicaciones se explican oralmente tanto en el Servicio de Urgencias o en planta de Traumatología, los pacientes y familiares refieren que “se les ha olvidado las indicaciones”, “estaba muy nervioso”, “no he entendido lo que ha querido decir” …presentando muchas dudas posteriores a la inmovilización.
Tras la aportación de dicha hoja informativa, aquellas dudas que previamente presentaban fueron aclaradas, agradeciendo los pacientes la información aportada.

7. OBSERVACIONES.
Ninguna

*** ========== Resumen del proyecto 2019/477 ========== ***

Nº de registro: 0477

Título
RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACION DE YESO

Autores:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0477

## 1. TÍTULO

## RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO

SANCHO RODRIGO MARTA, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO, REBOLLO GONZALEZ SARAI, MIRASOL CATALAN PATRICIA, GARCIA ROCA BORJA, MOYANO LEDESMA AMPARO, BERASATEGI NORIEGA IRAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
Los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y Traumatología sufren multitud de procesos tales como fracturas, fisuras, luxaciones, esguinces de diferentes grados, contusiones….en dichas situaciones el facultativo procede a inmovilizar la articulación afecta o a reducirla e inmovilizarla posteriormente mediante yesos cerrados o férulas.
Las férulas y los yesos se utilizan para sostener y proteger a los huesos y tejidos blandos lesionados, de manera que reducen el dolor, la hinchazón y los espasmos musculares; además de mantener la correcta reducción el tiempo necesario de inmovilización.
La hinchazón causada por la lesión puede generar presión sobre su férula o yeso durante las primeras 48 a 72 horas. El yeso cerrado o férula conlleva unos riesgos asociados, tales como causar úlceras por presión, heridas, edema distal, síndrome compartimental… El síndrome compartimental se define como la patología provocada por un aumento de presión dentro de un compartimento muscular hasta el punto donde se reduce o elimina la perfusión vascular necesaria para la viabilidad de los tejidos allí comprendidos.

RESULTADOS ESPERADOS
Los pacientes inmovilizados mediante férulas o yesos muchas veces desconocen los cuidados que deben de tener con las inmovilizaciones y los posibles riesgos derivados de ellas.
El objetivo de este proyecto es informar correctamente, a todo paciente atendido e inmovilizado mediante férulas o yesos cerrados en el Servicio de Urgencias o Traumatología, de los cuidados de la inmovilización y de los síntomas o signos de alarma a tener en cuenta tras una inmovilización; y disminuir el número de visitas a Urgencias para realizar una revisión del yeso por edema y dolor tras una inmovilización.

MÉTODO
El mismo día de la atención en el Servicio de Urgencias o en la planta de Traumatología, tras la colocación de una férula o yeso cerrado, se proporcionará al paciente una hoja con información sobre los cuidados a tener en cuenta y los signos de alarma.
El personal de enfermería se encargará de aportar al paciente la hoja de información, dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que no es necesario realizar una reducción, fisuras, contusiones y/o esguinces.
El facultativo de Traumatología se encargará de aportar al paciente la hoja de información dándole las pautas a seguir tras ser inmovilizado en casos de fracturas en las que es necesario realizar una reducción, luxaciones y en los pacientes ingresados en el planta de Traumatología.

INDICADORES
Número de visitas a urgencias para realizar revisión de escayola. Se monitoriza mediante el programa PCH.

Número de visitas a urgencias por dolor, edema e inflamación secundario a la inmovilización con una escayola. Se monitoriza mediante el programa PCH.

Grado de satisfacción tras la información aportada al paciente. Se monitoriza en CE de COT en las posteriores visitas de control.

DURACIÓN
Cronograma: el mismo día de la atención en urgencias se aportará dicha información al paciente, enseñándole las pautas a seguir tras la inmovilización.

Se realizará a lo largo del año 2019, extrayendo los datos de satisfacción del paciente y del número de visitas a Urgencias tras la inmovilización.

La duración del proceso será indefinida una vez se haya verificado la efectividad del proyecto, aportando dicha información a todo paciente que sea inmovilizado mediante férula o yeso cerrado en el Servicio de Urgencias o planta de Traumatología.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0477

## 1. TÍTULO

RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON INMOVILIZACIÓN DE YESO

OBSERVACIONES
Ninguna

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0745

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H "SAN JORGE" DE HUESCA**

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA EZQUERRA HERRANDO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN PUYALTO DANIEL
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL
SANCHO RODRIGO MARTA
REBOLLO GONZALEZ SARAI
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
UBIS DIEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones con el servicio de Traumatología (3)
Reuniones con el servicio de Geriatría (2)
Reuniones con el servicio de Anestesia (2)
Reuniones con el servicio de Farmacia Hospitalaria (1)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados Valor de Indicadores
Anular protocolos obsoletos 8 anulados / 16 existentes x 100 = 50
Modificar protocolos existentes 8 modificados / 16 existentes x100 = 50
Realizar nuevos protocolos 3 nuevos / 16 existentes x 100 = 18.75

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Finalmente se ha conseguido reducir el número de protocolos de 16 a 11, siendo además de menos numerosos más completos y prácticos. Ya se están aplicando en la práctica diaria con éxito.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/745 ========== ***

Nº de registro: 0745

Título
ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
EZQUERRA HERRANDO LAURA, MARIN PUYALTO DANIEL, VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, SANCHO RODRIGO MARTA, REBOLLO GONZALEZ SARAI, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL, UBIS DIEZ ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aparato Locomotor
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital "San Jorge" utiliza el programa de prescripción electrónica Farmatools® para pautar el tratamiento de los pacientes ingresados en dicho servicio.
La prescripción de medicación se puede realizar de forma individual medicamento a medicamento o a través de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0745

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS DE TTº INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE PRESCRIPCION ELECTRONICA (FARMATOOLS®) DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL Sº DE TRAUMATOLOGIA DEL H "SAN JORGE" DE HUESCA**

protocolos, de forma que se descarga de manera automática la medicación según los mismos. Estos protocolos requieren ser actualizados, tanto para adecuarlos a las características de los pacientes que ingresan en nuestro servicio como para homogeneizar el trabajo de prescripción facultativa.
El abordaje del tratamiento de los pacientes que ingresan en el Servicio de Traumatología es multidisciplinar bien por las características de los pacientes y sus comorbilidades o bien por las causas de ingreso (politraumatismos, cirugía mayor ambulatoria, fracturas de cadera, etc.)
Por ello es importante en el manejo de estos pacientes la participación de los Servicios de Traumatología, Geriatría, Anestesia y Farmacia.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es actualizar y mejorar los protocolos de tratamiento incluidos en el programa Farmatools® de los pacientes ingresados en el Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital "San Jorge" de Huesca con la finalidad de mejorar la atención y cuidado de los mismos.

MÉTODO
El proyecto se llevará a cabo manteniendo reuniones mensuales dentro del Servicio de Traumatología para elaborar las bases y el número de protocolos a modificar.
Reuniones trimestrales con los Servicios de Geriatría y Anestesia para consensuar los protocolos.
Reuniones cuatrimestrales con el Servicio de Farmacia para validar e incorporar a la base de datos del programa Farmatools®.

INDICADORES
Nº total de protocolos modificados.
Nº de reuniones realizadas dentro del Servicio de Traumatología.
Nº de reuniones realizadas con otros servicios.

DURACIÓN
Este proyecto está previsto que esté funcionando en un año.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0781

## 1. TÍTULO

## PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPORÓTICA TRAS FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EUGENIO DE PAUL VICENTE ALONSO DE ARMIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EZQUERRA HERRANDO LAURA
MARIN PUYALTO DANIEL
MOLINEDO QUILEZ MARTA
BERASATEGI NORIEGA IRAIA
FONTESTAD UTRILLAS MARIA AMPARO
GARCIA MAGALLON BLANCA
UBIS DIEZ ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha elaborado un protocolo para seguir todos los mismos estándares y saber cuándo hay que tratar y que darle al paciente.El protocolo está pendiente de aprobación por la Unidad de Calidad, pero ya está en marcha desde principio del proyecto de Calidad.
Se ha realizado una sesión clínica con geriatría y traumatología para informar del protocolo.
Se ha comunicado a Reumatología, como parte implicada en la osteoporosis, de la situación.
Se ha comparado las fracturas de cadera de año 18 con 19, en cuanto a qué porcentaje sale con tratamiento osteoporótico y cuanto no.
Se sigue durante al menos tres meses la fracturas, puesto que en Atención Primaria, retiran o cambian mucho del tratamiento indicado por la osteoporosis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La mitad de los pacientes salen con tratamiento osteoporótico (53%), comparado con el escaso 18% que salían en el año 2018, es todo un éxito.
Un 20% de los tratamientos pautados se abandonan o son cambiados o retirados desde Atención Primaria, no haciendo su función.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Estamos contentos con el proyecto, pero no satisfechos, aún la mitad de los pacientes se van sin tratamiento adecuado según la bibliografía. Este hecho, coincide mayoritariamente en pacientes menores de 70 años, que son los que no supervisa la Unidad de Geriatría.
Por tanto, el Sevicio de Traumatología, no está lo suficientemente concienciado aún.
Así mismo, es un gran número de pacientes el que no finaliza el tratamiento o que cuando acuden a su Médico de Primaria les cambian o retiran el tratamiento.
Por tanto, para el futuro, hay que valorar actividades para que desde Atención Primaria se mantengan los tratamientos y para que en las altas, el Servicio de Traumatología se acuerde del problema, puesto que aún se escapan gran cantidad de pacientes con el riesgo que eso supone.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/781 ========== ***

Nº de registro: 0781

Título
PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPOROTICA TRAS FRACTURA DE CADERA

Autores:
VICENTE ALONSO DE ARMIÑO EUGENIO DE PAUL, SANCHO RODRIGO MARTA, EZQUERRA HERNANDO LAURA, MARIN PUYALTO DANIEL, UBIS DIEZ ELENA, PERALTA GASCON ISABEL, NARVION CARRIQUIRI ADRIANA, BERASATEGI NORIEGA IRAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0781

## 1. TÍTULO

### PREVENCION SECUNDARIA OSTEOPORÓTICA TRAS FRACTURA DE CADERA

Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población está envejeciendo cada vez más, por tanto la osteoporosis cada vez es una enfermedad más prevalente. En nuestro ámbito, se dan unas 250 fracturas de cadera osteoporóticas al año,de las cuales la gran mayoría no ha tenido un adecuado tratamiento para la osteoporosis pre y postfractura, aumentando por ello los riesgos de nuevas fracturas osteoporótcas, pérdida de función, gasto sanitario elevado,etc.

RESULTADOS ESPERADOS
.Disminuir el número de pacientes que no presentan prevención secundaria osteoporótica tras la fractura.
.Concienciar del grave problema que supone nuevas fracturas osteoporóticas para la población y para el gasto sanitario.
.Dar a conocer el problema, que no sólo acaba en la cirugía.

MÉTODO
Se realizará un prococolo para que casi ningún paciente se vaya de alta sin tratamiento osteoporótico en prevención secundaria.
Se contará las fracturas previas en cada paciente y posterior al tratamiento.
Se realizarán reuniones entre el equipo cada dos meses para ver grado de cumplimiento y adherencia de los médicos implicados en el proceso.
Se programará dos sesiones clínicas explicativas del proceso.

INDICADORES
.Se compara muestra de 2018 con 2019 tras la entrada del proyecto:Porcentaje de pacientes que al alta se van sin tratamiento para la osteoporosis, índice de reingresos en esos pacientes,fracturas osteoporóticas previas en esos pacientes.

DURACIÓN
Enero-DIciembre de 2019 se revisará datos de 2018 e historias de este año con la implantación del protocolo.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1493

## 1. TÍTULO

**VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD**

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MARIA MENDOZA MURO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO CORTES LORETO
PILARCES VIRGILI MARIA SALOME
FERNANDEZ LOBATO RUTH
SANZ PEREZ LIDIA
ZAZO CEBOLLERO CLARA
SOTERAS LOPEZ LLARA
DUQUE MAVILLA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CRONOGRAMA

- REUNIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA IMPLICADO. 25 de abril 2019

Comenzamos a trabajar con la referencia del vídeo explicativo relacionado con las movilizaciones de la PTC resultado del proyecto del año anterior.
Estructuramos el póster y repartimos tareas.
Loreto, Salomé y Ruth se encarga de búsqueda bibliográfica y enfoque de los cuidados en preoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio.
Lidia se encarga de los movimientos permitidos y prohibidos.
Clara y Gemma se encargan de ordenar la información y maquetación del póster. Gemma diseñará un muñeco digital articulado para poder representar todos los movimientos de la articulación.
Llara elaborará el power point para poder realizar la formación del equipo posteriormente.

- REUNIÓN DE SILVIA (SUPERVISORA) CON EL DR. LOBO (JEFE DE SERVICIO). 26 de abril 2019

Silvia y el Dr. Lobo aclaran las dudas que surgen en la reunión de ayer en relación con:
- Lateralización del paciente. Se podrá lateralizar hacia el lado operado preferiblemente y si tiene dolor, se podrá realizar la lateralización hacia el lado no operado con almohada.
- Pesos de la tracción. Pueden retirarse para la lateralización.
- Férula de Braun o almohada. Preferiblemente almohada. Sólo férula de Braun si el facultativo lo indica previamente.
- El paciente se podrá levantar preferiblemente hacia el lado sano pero también puede levantarse hacia el lado operado

- REUNIÓN DE CLARA Y GEMMA. 29 mayo 2019

Orden de la información y diseño del boceto inicial del póster.
Durante los meses de verano cada componente del grupo trabaja por su cuenta los contenidos y se intercambian opiniones a través de un grupo de whatsapp.
Reunión de todo el equipo el 8 octubre 2019.
Tenemos el póster elaborado. Se plantean pequeñas correcciones y comenzar ya con las reuniones para informar a TCAES y a DUES de la existencia del póster informativo, insistir en la buena praxis y comenzar con las mediciones del EVA a la mayor brevedad posible.

- REUNIONES EN LA UNIDAD CON TCAES y DUES in situ.

- 5 noviembre de tardes.
- 8 noviembre de mañana.
- 13 noviembre de mañana.

- REUNIÓN EN LA UNIDAD CON TODO EL EQUIPO. TCAES y DUES. 21 noviembre 2019

Llara presenta el power point del proyecto y el póster. Se informa al personal de que ya se están haciendo las mediciones del EVA por turno a todos los pacientes. Al equipo le gusta el póster.

Se coloca en el pasillo uno de los ejemplares en grande para que tanto el equipo como pacientes y familias puedan tenerlo de referencia. El póster tiene un código QR para descargas en teléfono móvil. La otra copia impresa en tamaño DNA 2 se envía al hospital provincial para plastificación y posterior colocación en la Unidad.

Comienzo del registro con fecha 22 de noviembre 2020.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1493

## 1. TÍTULO

**VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD**

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1- ELABORACIÓN DEL PÓSTER "MOVILIZACIÓN DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON PRÓTESIS DE CADERA" FACILITANDO LA FORMACIÓN Y EL APRENDIZAJE RÁPIDO DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN.
2- FORMACIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.
3- PUESTA EN MARCHA DE LA VALORACIÓN DE LA ESCALA EVA EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO GACELA. LE DAREMOS CONTINUIDAD EN UN FUTURO VALORANDO POR TURNO EL PARÁMETRO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1- EL EQUIPO HA IDENTIFICADO LOS ERRORES COMETIDOS EN LA MOVILIZACIÓN DIARIA DE LOS PACIENTES.
2- EL EQUIPO HA RECONOCIDO LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA PRAXIS PARA EVITAR LUXACIONES.
3- SE HAN ACLARADO DUDAS EXISTENTES, JUNTO AL EQUIPO MÉDICO DE TRAUMATOLOGÍA, AL RESPECTO DEL PROCESO DE MOVILIZACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PRÓTESIS TOTAL DE CADERA.
4- EL EQUIPO HA RECORDADO LA ESCALA EVA COMO INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DEL DOLOR, Y SE COMIENZA A REGISTRAR EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO.
5- EL EQUIPO HA IDENTIFICADO LA IMPORTANCIA DEL REGISTRO PARA MONITORIZAR EL DOLOR DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE Y PODER ACTUAR EN CONSECUENCIA.

A día de hoy, seguimos midiendo la escala EVA y registrando en Gacela la valoración. No todo el equipo ha cogido el hábito de los registros pero esperamos que durante este primer trimestre del 2020 se instaure definitivamente la rutina.
En el último trimestre se han realizado 41 registros desde la fecha de la última reunión del personal de la unidad.
Valoramos el introducir éste hábito en la guía de acogida para que el personal de nueva incorporación sea consciente de la necesidad de registrar este dato para en un futuro poder trabajar, medir y plantearnos un estudio interesante en relación con el dolor en el paciente postoperado de traumatología y urología.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1493 ========== ***

Nº de registro: 1493

Título
VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIZACION

Autores:
CASTILLO CORTES LORETO, PILARCES VIRGILI SALOME, MENDOZA MURO GEMA, FERNANDEZ LOBATO RUTH, SANZ PEREZ LIDIA, ZAZO CEBOLLERO CLARA, DUQUE MAVILLA SILVIA, SOTERAS LOPEZ LLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente se ha realizado formación continuada relacionada con las movilizaciones del paciente postoperado de prótesis de cadera.
En la actualidad existe gran rotación de la plantilla de TCAEs y DUEs en nuestro servicio. Ante esta

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1493

## 1. TÍTULO

**VALORACION DEL DOLOR DURANTE EL POSTOPERATORIO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROTESIS DE CADERA EN RELACION CON LA MOVILIDAD**

situación detectamos la necesidad de continuar con la formación que se comenzó el año pasado ( proyecto de mejora de calidad n. 2018/0236).
Además de esto, nos planteamos ahora avanzar y valorar el dolor en este tipo de pacientes tras la movilización correcta de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS
Concienciar al equipo de la importancia de la valoración del dolor postoperatorio.
Valorar el dolor tras la correcta movilización del paciente postoperado.
Implementar una nueva estrategia para reforzar la formación continuada en relación con la movilización de pacientes postoperados de prótesis total de cadera.

MÉTODO
- Elaboración de un poster con los conceptos básicos adquiridos en la formación realizada durante el 2018 para realizar formación continuada con el personal de nueva incorporación. Reunión del equipo de trabajo en abril 2019.
- Informar a enfermería del proyecto, identificación de la escala EVA en el programa GACELA. Dos reuniones durante el año.
_ Informar a los TCAE y celadores de planta del proyecto y repasar el poster para la correcta movilización de los pacientes postoperados de prótesis de cadera. Dos reuniones durante el año.
- Comenzar con la determinación de mediciones de la escala EVA durante el tiempo de ingreso de los pacientes durante el último trimestre del año, una vez realizado el poster.

INDICADORES
- Poster confeccionado.
- Número de reuniones con el equipo de enfermería.
- Número de reuniones con el equipo de TCAEs.
- Número de mediciones de escala EVA realizadas.

DURACIÓN
- Reunión del equipo de trabajo en abril 2019.
- Reunión del equipo de trabajo en junio 2019.
- Reuniones informativas con equipo enfermería: 1/semestre.
- Reuniones informativas con equipo TCAE: 1/semestre.

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 - 2019/1494

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR GARCIA FERRANDO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTILLO CORTES LORETO
MENDOZA MURO GEMA MARIA
SANZ PEREZ LIDIA
FERNANDEZ LOBATO RUTH
PILARCES VIRGILI MARIA SALOME
NOVELLA MARTIN PILAR
DUQUE MAVILLA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Reunión inicial el 04/03/19 del equipo de mejora para decidir y seleccionar el material, orden y cantidad, q precisa cada cajón de cada carro de curas.
-Decidimos tener el mismo orden y el mismo material en cada carro de trabajo de la unidad (hay 4 carros).
-Confeccionamos un listado de material necesario en cada uno de los cajones y adjuntamos este listado a cada carro para facilitar su reposición.
-La reposición de los carros la realizarán las TCAES al final de cada turno, mañana tarde y noche todos los días.
-Reunión de todo el equipo de enfermería en la unidad el 03/06/19 para presentar el proyecto de mejora a todos. Explicamos la disposición de los materiales en el carro, el listado de material necesario y la necesidad de reponer al final de cada turno.
-Implantación del proyecto el 10/06/19.
-Revisiones mensuales de los carros de trabajo para valorar si están bien repuestos.
-Enero 2020: entrega de encuesta a enfermeras y TCAES para valorar el grado de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Tras la implantación del proyecto en junio 2019, el material de todos los carros está unificado y su distribución por cajones es la misma en los 4 carros.
-El personal de la unidad presta atención a los carros, los utiliza a diario y evita almacenar más material del que está planificado en el listado.
-Los carros de trabajo están repuestos y ordenados en casi todos los turnos.
-El personal de enfermería muestra satisfacción por acortar los tiempos y evitar desplazamientos innecesarios.
-Las encuestas se entregan a todo el personal y son contestadas por el 60% de las TCAES y por el 75% de las enfermeras.
-Las enfermeras opinan que los carros están repuestos el 50% de las veces. El 100% de las TCAES reponen los carros en cada turno.
-El 95% de enfermeras y TCAES piensan que ha mejorado el orden de los carros en relación a la situación previa al proyecto.
-El 100% de enfermeras y TCAES creen que se ha agilizado su trabajo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-El equipo de enfermería reconoce la mejora de la calidad de los cuidados al paciente, al estar el material unificado, ordenado y repuesto.
-Mejora la utilización de los recursos de la unidad.
-En la actualidad seguimos trabajando con la misma organización y contenido de los carros y con la reposición por turnos de los mismos.
-Implicación y satisfacción general del equipo con el proyecto de mejora.
-Valoramos la necesidad de tener otro carro de trabajo (solicitado por la supervisora) al haber 5 enfermeras y 4 carros, trabajando de lunes a viernes en cada turno de mañana y tarde.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1494 ========== ***

Nº de registro: 1494

Título
IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

Autores:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1494

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE UN MODELO ESTANDARIZADO DE CARROS DE TRABAJO DE ENFERMERIA

GARCIA FERRANDO MARIA PILAR, CASTILLO CORTES LORETO, MENDOZA MURO GEMA, SANZ PEREZ LIDIA, FERNANDEZ LOBATO RUTH, PILARCES VIRGILI SALOME, NOVELLA MARTIN PILAR, DUQUE MAVILLA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: Enfermedades sistema osteomuscular
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cuidados de enfermería en las plantas de hospitalización implican desplazamientos continuos para poder abordar los cuidados con calidad.
Actualmente los carros de trabajo no siguen un criterio de disposición y reposición, con lo que los desplazamientos en busca de material ausente en ellos por el espacio de trabajo son constantes y continuos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Unificar el material de los carros de trabajo de enfermería.
- Instaurar el hábito de revisiones y reposiciones por turno de los carros y revisión a fondo en el turno de noches. La reposición la realizarán los TCAEs.
- Optimizar los tiempos de desplazamientos durante el turno de trabajo de enfermería.
- Identificación de los carros y distribución de los materiales por especialidades.
- Aumentar el grado de satisfacción del equipo de enfermería ( DUE y TCAE).

MÉTODO
- 3 reuniones de equipo ( una por trimestre) donde se trabajarán los siguientes puntos:
Selección de material a colocar y diseño de la organización de los carros de trabajo haciendo participes a las TCAE para su posterior reposición.
Elaboración de un listado de material ordenado por cajones.
Confeccion de una encuesta para valorar grado de satisfacción de DUEs y TCAEs donde se reflejen posibles mejoras futuras.
Cumplimentación de la encuesta confeccionada tras un mes de funcionamiento de los nuevos carros. La cumplimentara un 75% del equipo de enfermería ( DUEs y TCAEs).
Cortes mensuales para valorar si los carros están correctamente repuestos.

INDICADORES
Cumplimentación de la encuesta confeccionada. Un 75% DUEs y un 75% TCAEs.
Grado de satisfacción del equipo reflejado en la encuesta confeccionada.

DURACIÓN
Ordenación y confección de los carros y elaboración del listado de material: mes de abril.
Confección de la encuesta de grado de satisfacción del personal: mayo 2019.
Cumplimentación de la encuesta por parte del equipo de enfermería durante el último trimestre del año.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0569

## 1. TÍTULO

**ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE**

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GEMMA MONTERO ALONSO
· Profesión ..... TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. CONTROL DE GESTION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRAL DEMUR MARIA MATILDE
CALLAU PUENTE JOSE JAVIER
NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD
EIZMENDI BINDER ANA MARIA
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
ARTAL ROY JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El Departamento de Sanidad lleva impulsando desde hace unos años la estrategia del programa de atención al ictus. Para este año 2019 sigue siendo una de las líneas estratégicas priorizadas. Uno de los objetivos que se pretenden es garantizar Implantación efectiva Unidades*/áreas de Ictus, para lo que es preciso la existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS y al que se asocien las camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.
En abril de 2019 se realiza una reunión con el coordinador de admisión del sector para planificar la creación de los GFHs en el sistema de gestión hospitalario. El coordinador de admisión junto con la jefe de servicio de admisión realizan la creación de los GFHs necesarios y los asignan a las camas correspondientes. Comunican al personal administrativo la creación de la unidad y establecen el protocolo de gestión administrativa de los pacientes que serán tratados en el área de ictus. Difunden está información a los profesionales del servicio de urgencia para que soliciten camas de ictus cuando sea preciso.

Durante mayo a agosto se diseña y pilota un cuadro de mandos del área de ictus entre control de gestión y la secretaria de planta. Desde planta se obtienen listados diarios de hospitalización del área que facilitan el control de estos pacientes. Se comparan los datos de estancias obtenidos por el sistema informático HIS con los que gestiona la secretaria de planta y se observan pequeñas diferencias ocasionadas por la no solicitud de cama de ictus desde urgencias asociada a periodos estivales con personal de nueva incorporación. Se corrigen los errores observados.

En septiembre se da por finalizada la implantación y se normaliza el trabajo con la nueva área creada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los indicadores eran los siguientes:

Existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS: camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.
Existencia de un cuadro de mandos específico del área de ICTUS.

Ambos indicadores se han cumplido. La unidad de ictus cuenta con 4 camas con monitores fijos y dos extras a las que se puede poner monitor portátil, comprende la habitación 614 de mujeres y la 615 de hombres. La sistemática de funcionamiento es que una misma enfermera se encarga de todos los pacientes de la unidad (si hay 6, en principio sólo está ahí porque hay mucho trabajo) habitualmente lleva 2/3 pacientes fuera, si la unidad no está llena.

Existen criterios de ingreso en la unidad específicos nunca limitados por edad, pero si por situación funcional previa. Los pacientes con gran dependencia previa (ranking 4 o mayor) o esperanza de vida inferior a 3-6 meses no son candidatos.
El ingreso habitualmente es de 3 días para completar la monitorización cardiaca y los cuidados de fase aguda, después, si están estables salen a hospitalización normal.

Durante el ingreso en la unidad se realiza monitorización cardiaca continua para detección de arritmias, evitando la necesidad de realizar Holter ambulatorio al alta. Además, los cuidados de enfermería y médicos están protocolizados en función de si es el primer, segundo o tercer día de ingreso. Se aplican escalas específicas para control evolutivo desde enfermería (Glasgow y escala canadiense) que detectan de manera objetiva un empeoramiento. Test de disfagia en las primeras 12 horas para detectar riesgo de disfagia (atragantamiento) e inicio de dieta ajustada. Con esta medida se ha disminuido mucho la tasa de infección respiratoria por aspiración.

Se realiza un estrecho control de TA, glucemia capilar y saturación de oxígeno, que con adecuado control, son los parámetros que se relacionan con mejor pronóstico y situación funcional a los 3 meses. Se realiza RHB precoz (valoración en las primeras 24-48 horas de ingreso) e inicio de tratamiento en la habitación o en el gimnasio, si es posible. La habitación dispone de 6 sillones ergonómicos específicos, con ajuste de mesita para control de tronco.

La unidad de ictus está implantada en el sistema de información hospitalaria lo que permite un análisis de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0569

## 1. TÍTULO

**ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE**

estancias específicas de esta área tanto de forma separada como conjunta con el área de neurología.

Se ha creado un cuadro de mandos de la unidad de ictus lo que permite que actualmente se puedan conocer los ingresos, altas, estancias, detalle de los episodios de los pacientes de la estrategia de atención al ictus de una forma directa. Además se pueden obtener informes case mix de GRDs más frecuentes, índices funcionales, mortalidad, etc., proporcionando una información de gran valor a los profesionales, que les permite un mejor detalle la casuística de este tipo de pacientes.

A modo de resumen indicar que desde que se creó la unidad se han registrado 157 ingresos con un total de 496 estancias, reflejando una estancia media de 2,6 días y una edad media de 76,23 años. Estos episodios presentan un peso medio de 0,8965. Los principales GRDs relacionados son 045 - ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO y 047 - ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El hacer partícipes del proyecto a todas las unidades involucradas ha resultado uno de los puntos más importantes para poder conseguir la efectiva consecución de los objetivos.

Se trata de la segunda sección dentro de una unidad clínica que se codifica, anteriormente fue la UCC dentro de Medicina Interna. La creación de un GFH para el área de ictus facilita el control, seguimiento, monitorización y revisión de la actividad de esta sección dentro del servicio de neurología por parte de los profesionales responsables de la misma, al mismo tiempo que facilita a control de gestión la realización de la explotación de datos relacionados con esta estrategia de forma directa.

A partir de al año que viene habrá datos comparativos que permitirán realizar estudios evolutivos.

7. OBSERVACIONES.
Se puede remitir por correo elétronico el cuadro de mandos resultante y los informes GRDs obtenidos si fuera necesario para la evaluación.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/569 ========== ***

Nº de registro: 0569

Título
ADECUACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
MONTERO ALONSO GEMMA, GIRAL DEMUR MARIA MATILDE, CALLAU PUENTE JOSE JAVIER, NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD, EIZMENDI BINDER ANA MARIA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, ARTAL ROY JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Departamento de Sanidad lleva impulsando desde hace unos años la estrategia del programa de atención al ictus. Para este año 2019 sigue siendo una de las líneas estratégicas priorizadas. Uno de los objetivos que se pretenden es garantizar Implantación efectiva Unidades*/áreas de Ictus, para lo que es preciso la existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS y al que se asocien las camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.

RESULTADOS ESPERADOS
Con este proyecto se pretende cumplir con el objetivo establecido por el Departamento de Sanidad y, al mismo tiempo, la creación de un cuadro de mandos específica de ICTUS separado del cuadro de mandos de neurología para facilitar información a los profesionales sanitarios sobre la actividad realizada en el área de ictus. Actualmente no es posible ofrecer esta información puesto que las camas de ictus están integradas en el servicio de neurología y no están asociadas a un GFH de específico de ICTUS.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0569

## 1. TÍTULO

**ADECUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA UNIDAD DE ICTUS DEL HOSPITAL SAN JORGE**

MÉTODO
Las acciones previstas son las siguientes:
Creación por parte de Admisión de un GFH ICTUS dependiente de Neurología al que se le asignarán las camas que conforman el área de ICTUS.
Diseño de un cuadro de mandos específico de ICTUS por parte de Control de Gestión con colaboración de FEAs de neurología y con la secretaria de planta que actualmente registra de forma manual la actividad asistencial desarrollada en el área de ICTUS. Este cuadro de mandos se integrará en el general del servicio.
Obtención de estadísticas de CMBD del área de ICTUS según se vayan cerrando periodos de codificación de episodios de hospitalización.

INDICADORES
Existencia de Unidad/área de Ictus en hospital con GFH identificativo asignado en HIS: camas de hospitalización en ubicación definida dependientes del servicio/sección de Neurología.
Existencia de un cuadro de mandos específico del área de ICTUS.

DURACIÓN
La duración prevista es el año 2019. Se plantean los distintos hitos:
- abril -> Creación de los GFH por el servicio de Admisión.
- mayo - agosto -> Diseño del cuadro de mandos de forma conjunta entre Control de Gestión y Neurología.
- septiembre - octubre -> Pilotaje del cuadro de mandos.
- noviembre – diciembre -> El cuadro de mandos se pone a disposición de los agentes interesados.

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 - 2019/0640

## 1. TÍTULO

## CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIA GARCIA MALINIS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RIVILLA MARUGAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 6 sesiones formativas, en los 6 centros de salud dependientes del Hospital de Jaca, en las siguientes fechas:

- 13 de Febrero C.S Berdún
- 22 de Febrero C.S. Broto
- 13 de marzo C.S Biescas
- 27 de marzo C.S. Hecho
- 3 de abril C.S Jaca
- 10 de abril C. S Sabiñanigo

La sesión se iniciaba a las 8h de la mañana y su duración era de una hora y cuarto. Los asistentes han contado con un documento de consulta, en el que se abarcaba los tratamientos recomendados para las patologías dermatológicas susceptibles de tratamiento en Atención primaria. Este documento, era remitido con anterioridad a la realización de las sesiones, vía correo electrónico, a los coordinadores de los centros de salud, con el fin de poder tenerlo durante la sesión. Además, una vez realizada la sesión, el PowerPoint, con todas las imágenes, se dejaba a disposición de los asistentes, con el fin de tener más material de consulta.

La sesión abarcaba los siguientes puntos:

- Definición de urgencias absolutas en dermatología
- Definición de patología preferente en dermatología
- Definición de patología no urgente en dermatología

Dentro del apartado patología preferente, se dividió en dos apartados: patología tumoral y no tumoral. En este apartado se mostró que enfermedades cutáneas requieren una derivación preferente por parte del médico de Atención Primaria (MAP), como por ejemplo: Melanoma, carcinoma epidermoide, enfermedades ampollosas, etc.

En el siguiente apartado, que habla de la patología no urgente en dermatología, se hace hincapié en el papel fundamental del MAP, en el tratamiento de estas patologías y de su gran capacidad para poder tratarlas en el ámbito de Primaria. En este punto, se describen las siguientes patologías y protocolos de actuación en AP:

- Alopecia difusa
- Alopecia areata
- Verrugas vulgares
- Molluscum contagiosum
- Condiloma acuminados
- Acné
- Dermatitis seborreica
- Dermatitis atópica leve
- Pitiriasis versicolor
- Queratosis actínicas
- Urticaria Aguda
- Onicomicosis
- Psoriasis
- Rosácea

En cada una de las patologías cutáneas, se explica cómo es la clínica de la misma, como hacer un buen diagnóstico y que pasos realizar en el tratamiento, así como en qué momento derivar al especialista. Todo ello acompañado de imágenes de cada una de las enfermedades cutáneas para su correcta comprensión, y del documento de consulta, que permitía de esta forma tomar apuntes, de cualquier duda que podría surgir a lo largo de la sesión.

Por último, se habló de un apartado en el que incluían las lesiones dermatológicas que no son patológicas, es decir, aquellas que no requieren ningún tratamiento, al tener un curso totalmente banal, como las siguientes:

- Puntos rubí
- Lentigos solares-Fotoenvejecimiento
- Queratosis seborreicas
- Melasma
- Hiperplasias sebáceas
- Fibromas blandos
- Telangiectasias

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

## 1. TÍTULO

## CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

- Clavo plantar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Con el fin de analizar, si se han cumplido los objetivos propuestos, se han analizado una serie de datos obtenidos en la consulta de dermatología del Hospital de Jaca y el número de asistentes en cada sesión.

El número de asistentes en cada centro de salud fue:

- Berdún: 2 médicos, 2 enfermeras y 1 administrativo
- Biescas: 5 médicos
- Broto: 3 médicos y 2 enfermeras
- Hecho: 3 médicos y 1 administrativo
- Sabiñanigo: 7 médicos y 2 enfermeras
- Jaca: 11 médicos y 1 enfermera

Los datos obtenidos en la consulta de dermatología, fueron recogidos tres meses antes y tres meses después de cada sesión, en pacientes derivados como primera visita. Se recogieron las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Centro de Salud
- Médico de Atención Primaria
- Fecha de derivación y modalidad (normal o preferente)
- Fecha de consulta en Dermatología
- Motivo de consulta y sospecha diagnóstica por parte de AP
- Diagnóstico dermatológico

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS (Versión 20.0, Armonk, NY: IBM Corp.)

Se han analizado un total de 360 pacientes en el periodo descrito. Si los dividimos por centros de salud:

- Centro de salud de Berdún: 11 pacientes (3,1%)
- Centro de Salud de Broto: 10 pacientes (2,8%)
- Centro de Salud de Biescas: 13 pacientes (3,6%)
- Centro de Salud de Hecho: 20 pacientes (5,6%)
- Centro de Salud de Jaca: 204 pacientes (56,7%)
- Centro de Salud de Sabiñanigo: 102 pacientes (28,3%)

La media de edad de los pacientes en general, es de 51,56 años con una desviación de 25,09. Más de la mitad de los pacientes derivados eran de mujeres (56,8%) con respecto a los hombres (43,2%).

La media de días de espera entre que el paciente es remitido y posteriormente atendido en la consulta de Dermatología es de 68,75 días (±39,93).

Se han codificado más de 50 diagnósticos dermatológicos distintos, siendo el motivo de consulta de derivación más frecuente el cambio en la morfología de un nevus o revisión de nevus (13,9%). Sin embargo, el 30% de los casos remitidos, en el motivo de consulta, no hay una sospecha diagnóstica clara, sino una tendencia a la descripción de los casos y sintomatología añadida, así como tratamientos pautados. Así mismo, la concordancia a nivel general, entre la sospecha diagnóstica emitida por AP y el diagnóstico de dermatología es de un 42,9%.

Solo el 12% del total de las derivaciones fueron remitidas de forma preferente. Y en general más del 85% de los pacientes acudieron a su cita programada.

Estos mismos datos se han dividido por cada centro de salud:

A) Centro de Salud de Berdún:
a. Total de pacientes: 11
b. Edad media: 39,7 años
c. Sexo: 5 hombres, 6 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (13 de Febrero de 2019): 10 pacientes
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 1
f. Carácter de derivación: Normal, todos los pacientes
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 71 días
h. Asistencia a la consulta: 100%
i. Motivo de consulta más frecuente: verruga vírica (3 pacientes)
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión (1 mes): no valorable
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión (1 mes): no valorable
l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia total del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 55%

B) Centro de Salud de Broto:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

## 1. TÍTULO

### CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

a. Total de pacientes: 10
b. Edad media: 52,5 años
c. Sexo: 2 hombres, 8 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (22 de Febrero de 2019): 7 pacientes
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 3 pacientes
f. Carácter de derivación: 90% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 71 días
h. Asistencia a la consulta: 80% (8 pacientes)
i. Motivo de consulta más frecuente: tienden a la descripción de los casos, seguido de nevus.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: no valorable
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: no valorable
l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia total del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 40%

C) Centro de Salud de Biescas:
a. Total de pacientes: 13
b. Edad media: 61,62 años
c. Sexo: 6 hombres, 7 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (13 de Marzo de 2019): 9
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 4
f. Carácter de derivación: 92.3% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 68 días
h. Asistencia a la consulta: 86.4% (11pacientes)
i. Motivo de consulta más frecuente: tienden a la descripción de los casos, seguido de verrugas víricas y queratosis actínicas.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: no valorable
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: no valorable
l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 46,2%

D) Centro de Salud de Hecho:
a. Total de pacientes: 20
b. Edad media: 46,81 años
c. Sexo: 7 hombres, 13 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (27 de marzo de 2019): 17
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 3
f. Carácter de derivación: 78,9% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 66 días
h. Asistencia a la consulta: 89,5%
i. Motivo de consulta más frecuente: tendencia a la descripción de los casos, seguido de nevus y psoriasis.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: no valorable
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: no valorable
l. Dado a que el número de pacientes es muy bajo, se ha calculado la concordancia del diagnóstico entre AP y dermatología: siendo una concordancia del 42,1%

E) Centro de Salud de Jaca
a. Total de pacientes: 204
b. Edad media: 50,63 años
c. Sexo: 82 hombres, 114 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (3 de abril de 2019): 158
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 46
f. Carácter de derivación: 88% normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 69 días
h. Asistencia a la consulta: 85,1%
i. Motivo de consulta más frecuente: descripción de los casos, seguido de nevus y queratosis seborreicas
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión (1 mes antes): 47,8%
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: 28,8%
l. Concordancia a nivel general: 39,9%

F) Centro de Salud de Sabiñanigo
a. Total de pacientes: 102
b. Edad media: 53,72%
c. Sexo: 47 hombres, 49 mujeres
d. Derivados previamente a la fecha de la sesión (10 de abril de 2019): 78
e. Derivados posteriormente a la fecha de la sesión: 24
f. Carácter de derivación: 90%, normal
g. La media de días de espera, entre derivación y asistencia en la consulta de dermatología: 66 días
h. Asistencia a la consulta: 85,9%
i. Motivo de consulta más frecuente: tendencia a la descripción de los casos, seguido de nevus.
j. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, previo a la sesión: 59,1%
k. Concordancia de diagnóstico, entre AP y dermatología, posterior a la sesión: 30%
l. Concordancia a nivel general: 47,1%

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

## 1. TÍTULO

## CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación en AP es imprescindible para correcto funcionamiento del eje entre atención primaria y atención especializada. Con este proyecto hemos podido observar, el interés que se tiene desde AP de aprender y consolidar la patología dermatológica y así se ha podido confirmar mediante el número de asistentes y la buena acogida en cada uno de los centros de salud.

El porcentaje de pacientes de primera visita reclutados en los 6 meses, ha permitido valorar múltiples datos. Los pequeños centros de salud como Hecho, Berdún, Biescas y Broto, supone solo un porcentaje muy pequeño de derivación, 15,1% del total, a pesar de que la suma de población de las 4 zonas de salud sea de 8852 habitantes (Fuente: Mapa Sanitario 2007). La localización y dispersión geografía, puede contribuir a ese porcentaje tan bajo. En los cuatros centros, se produjo además, una disminución de las derivaciones, en los meses posteriores a la sesión y un nivel de concordancia muy similar entre ambos rondado un 40 -50%.

Los centros de salud que más derivaron fueron Sabiñanigo y sobretodo Jaca, doblando en número al anterior.

La población que abarca el C.S de Sabiñanigo es de 9944 (Fuente: Mapa Sanitario 2007). El porcentaje de derivación fue de un 28,3%, el doble en relación con el porcentaje de las cuatro zonas ya descritas previamente. Lo que se observa es un importante descenso de derivación, tras la realización de la sesión. Esto explicaría la disminución del porcentaje de concordancia entre AP y dermatología tras la sesión: menor número de derivaciones, pero derivaciones con más dificultad diagnóstica y/o de tratamiento.

Con respecto al CS de Jaca, es el centro que más deriva con 204 pacientes, un 56,7% total, a pesar que la población que abarca es de 14783 habitantes (Fuente: Mapa Sanitario 2007). Una de las razones más probables, es el fácil acceso al Hospital de Jaca. También se observa una disminución de la derivación tras la sesión. Y al igual que en Sabiñanigo, se produce una disminución del porcentaje de concordancia diagnóstica, que se traduciría a menor número de derivaciones, pero derivaciones con más dudas diagnósticas o de tratamiento.

Estos datos nos hacen plantearnos, que a corto plazo, la realización de una formación en AP, es necesaria y se obtienen una serie de beneficios. En los meses posteriores a la sesión, en todos los centros se produjo una reducción del número de derivaciones, de esta forma reducimos la lista de espera y permitimos una mejor derivación con prioridad a la patología preferente. A largo plazo, habría que valorar, realizar sesiones de recuerdo, incidiendo en la patología banal que no hay que remitir y la patología preferente. No sólo para asentar conocimientos, sino también para el aprendizaje, debido a los cambios de personal que dan en los centros de salud.

La actualización de los conocimientos de los médicos de atención primaria, permite aumentar las competencias diagnósticas y terapéuticas en enfermedades dermatológicas. El mayor conocimiento de las patologías cutáneas que el MAP capaz de reconocer y de resolver, se traduce en términos objetivos:

- Disminución del número de derivaciones
- Disminución de la lista de espera
- Disminución del número de desplazamientos de los pacientes
- Aumento de la satisfacción del paciente y del MAP por la resolución del problema dermatológico
- Derivaciones de calidad
- Buenas relación y comunicación entre el MAP y especialista

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/640 ========== ***

Nº de registro: 0640

Título
CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

Autores:
GARCIA MALINIS ANA JULIA, RIVILLA MARUGAN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

## 1. TÍTULO

### CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Este proyecto se encuentra dirigido a los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania, para el beneficio de la población en general.
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las listas de espera y el diagnóstico precoz son dos situaciones incompatibles. La dermatología en Atención primaria, supone un grueso importante de las consultas que se realizan en el ámbito de la primaria. La derivación de procesos o dudas estéticas, aumentan las listas de espera de la consulta en Dermatología, haciendo que patologías que precisan un diagnóstico precoz, como el melanoma, se queden pérdidas entre tanta lesión benigna y no se pueda actuar de forma precoz.
Para evitar estas circunstancias, es necesario el aumento del conocimiento y motivación de los médicos de atención primaria, así como una coordinación efectiva con su dermatólogo/a de referencia

Los tratamientos en dermatología evolucionan con gran rapidez, por lo que sería fundamental que los profesionales de Atención Primaria reciban una formación periódica. Este hecho es especialmente difícil en un área como la nuestra, con gran dispersión geográfica y formación centralizada en capitales de provincia. El desplazamiento para formación, a unos profesionales que ya de por sí realizan largos desplazamientos para su trabajo diario, supone una dificultad importante para la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
o Reducir la lista de espera de primeras visitas en la consulta de Dermatología en el Hospital de Jaca.
o Aumentar los conocimientos de los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania. Potenciar su capacidad de tratar patologías benignas e incidir en la derivación precoz de lesiones sospechosas de malignidad
o Reducir la derivación de lesiones cutáneas meramente estéticas.
o Reducir el tiempo de espera del Melanoma y el cáncer cutáneo no melanoma
o Mejorar la coordinación de los profesionales de Atención Primaria con su dermatóloga de referencia

Este proyecto se encuentra dirigido a los médicos de Atención primaria de la zona de la Jacetania, para el beneficio de la población en general.

MÉTODO
Realizar una sesión en los 6 centros de salud que dependen del Hospital de Jaca: C.S de Berdun, C.S De Broto, C.S de Biescas, C.S de Hecho, C.S de Jaca y C.S de Sabiñanigo.
Para ello se desplazaran, la especialista en Dermatología y un médico de Atención primaria a todos los centros.
La sesión cuya duración es de una hora, tiene como objetivo incrementar los conocimientos de los MAP, en patología preferente y patología ordinaria, así como aquellas lesiones no susceptibles de derivación.

Además de la sesión, se hará llegar a los profesionales de Atención Primaria un documento de consulta, elaborado por su dermatóloga de referencia, con los tratamientos recomendados para las principales patologías susceptibles de ser tratadas en atención primaria

INDICADORES
• Número de asistentes a las sesiones.
• 1 mes antes de la sesión de cada centro se recogerán todas las derivaciones realizadas con su diagnóstico de derivación y se comparará con las derivaciones realizas un mes posterior a la sesión en el centro.
• Esto se repetirá a los 6 meses.

DURACIÓN
La recogida de datos y las sesiones se darán durante 2019.

Ya se han realizado dos sesiones:
13 de Febrero C.S Berdún
22 de Febrero C.S. Broto
Falta por realizar:
13 de marzo C.S Biescas
27 de marzo C.S. HECHO
3 de abril C.S JACA
10 de abril C. S Sabiñanigo

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0640

## 1. TÍTULO

### CUANDO TRATAR, CUANDO DERIVAR ¿LO HABLAMOS?

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 - 2019/0839

## 1. TÍTULO

## CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUCIA PRIETO TORRES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN
GARCIA MALINIS ANA JULIA
SOLANAS TREVIÑO RUTH
SANCHEZ BERNAL JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El calendario marcado para la realización del proyecto era de enero a diciembre de 2019. Durante este tiempo se ha comunicado al Servicio de Anestesia la disponibilidad para utilizar quirófano compartido con sedación o anestesia general que anteriormente se realizaba en el quirófano de urgencias. Por la dificultad que ha entrañado en ocasiones se ha optado por adaptar los recursos disponibles en el quirófano local de dermatología, poniéndonos previamente en contacto con el servicio de anestesia, pero no ha sido posible la anestesia general, únicamente la sedación.
Cuando no ha habido problemas ajenos al proyecto (ver observaciones) se han llevado a cabo 2 quirófanos semanales, 1 quincenal por Dermatológo. En el quirófano del martes se han realizado intervenciones conjuntas entre varios dermatológos (Dra García-Dra Coscojuela y Dra Garcia –Dra Prieto) que han contando con la participación de anestesia para sedar a los pacientes cuando ha sido necesario.
Se han recibido pacientes del servicio de traumatología para intervenciones de patología ungueal.
Se les ha comunicado mediante consentimiento informado a los pacientes la cirugía que iba a realizarse y la satisfacción expresada por la posibilidad de realizar la intervención quirúrgica en el hospital de Huesca o en Jaca, sin tener que desplazarse a otros centros ha sido elevada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Durante el 2019 se han intervenido un total de 464 pacientes en el servicio de Dermatología del Hospital San Jorge y 119 pacientes en el Hospital de Jaca.
- De estos pacientes, un 16% de los intervenidos en el Hospital San Jorge (73/464) y un 30,25% (36/119) del Hospital de Jaca, han sido cirugías Complejas, plastias o injertos, que se ha evitado derivar a otros centros (Cirugía Plástica HUMS) con la implementación del proyecto.
- Se han extirpado tumores cutáneos malignos o sospechosos incluyendo 8 melanomas y 230 carcinomas.
- Se han intervenido 15 uñas procedentes del servicio de traumatología.
- Menos del 5% de los pacientes atendidos en consultas externas han requerido ser derivados a otros servicios u otros centros para realización de otras técnicas quirúrgicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- La puesta en marcha de este proyecto ha sido sencilla y poco costosa para el Hospital.
- La satisfacción de los pacientes es elevada por implicar una intervención rápida de sus lesiones, lo que reduce secuelas estéticas y funcionales, así como reduce la posibilidad de metástasis en los melanomas u otros tumores malignos.
- El gasto que implica la derivación de pacientes a otros centros del servicio aragonés de salud para el sector de Huesca se ha reducido al reducirse las derivaciones al servicio de cirugía plástica del HUMS que implican en muchos pacientes ancianos transporte en ambulancia, así como el gasto que supone para los pacientes desplazarse a otros centros.
- Sería recomendable disponer de un quirófano con anestesia general más fácilmente accesible para nuestro servicio, como era anteriormente el de urgencias, para agilizar la intervención de pacientes ancianos que requieren cirugías complejas.

7. OBSERVACIONES.
Por problemas de bajas médicas de dos de las Dermatólogas durante varios meses del 2019 y cambios en el personal del servicio, los resultados referentes a la espera para ser intervenidos no han podido ser evaluados de forma objetiva.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/839 ========== ***

Nº de registro: 0839

Título
CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0839

## 1. TÍTULO

## CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

Autores:
PRIETO TORRES LUCIA, GARCIA MALINIS ANA JULIA, SOLANAS TREVIÑO RUTH, COSCOJUELA SANTALIESTRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: Cáncer cutáneo
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía de la piel constituye una parte esencial de la labor diaria del dermatólogo, quien es el especialista que diagnostica en la mayoría de las ocasiones la benignidad o malignidad de una lesión cutánea. Para obtener los mejores resultados en la práctica quirúrgica debemos disponer de un local con instrumental adecuado, medios técnicos y de personal y combinar las mejores indicaciones técnicas tanto para la extirpación como para la posterior reconstrucción.
En el momento actual en nuestro servicio disponemos de quirófanos locales, donde cada dermatólogo puede intervenir con periodicidad quincenal los tumores que no pueden extirparse en la consulta y que se realizar tras anestesia local aplicada por el propio dermatólogo y sin cirujano ayudante. Este quirófano local es suficiente para la intervención de tumores de pequeño tamaño que no requieren reconstrucciones complejas. Sin embargo, en nuestro medio rural de la provincia de Huesca no es infrecuente encontrarnos con tumores cutáneos de mayor tamaño o localizados en regiones anatómicas como la cara o el cuero cabelludo, donde la reconstrucción es más compleja. Durante la formación como Dermatólogos de los miembros de la unidad este tipo de lesiones, como ocurre en otros hospitales de nuestra comunidad, como el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se intervienen en un quirófano de cirugía mayor ambulatoria (CMA), con un anestesista que aplica sedación a los pacientes para que toleren mejor la cirugía y un cirujano ayudante que permita mejorar la puesta en práctica de la técnica quirúrgica.
Dado que estas necesidades de CMA para pacientes con tumores cutáneos del Hospital San Jorge no se cumplen en el momento actual algunos pacientes deben ser derivados a Cirugía Plástica al Hospital Miguel Servet para la realización de estas intervenciones que podrían realizarse en nuestro hospital, evitando a los enfermos un desplazamiento incómodo y costoso tras la cirugía, y al Servicio Aragonés de Salud, y en especial al sector de Huesca, el gasto que conlleva la derivación de pacientes a otros centros.

RESULTADOS ESPERADOS
- Reducir las derivaciones de los pacientes con Melanoma o cáncer cutáneo no melanoma a otros servicios, como Cirugía Plástica o Cirugía General, acortando así el tiempo de espera quirúrgico de estos pacientes.
- La aplicación de la técnica quirúrgica más adecuada en función de la naturaleza del tumor cutáneo.
- Disminuir el gasto que supone la derivación a otros servicios fuera del sector Huesca.
- Mejora de la calidad de vida del paciente, no requiriendo traslados a otros servicios.

MÉTODO
La puesta en marcha de este proyecto es sencilla y poco costosa para el Hospital. Consiste en habilitar una vez cada 30-45 días un quirófano de CMA para dermatología con un anestesista que pueda practicar sedación a los pacientes y dos de las dermatólogas de la unidad pueden turnarse para realizar las cirugías.
Los pacientes que sean vistos en las consultas con tumores cutáneos de gran tamaño o en localizaciones comprometidas que no puedan realizarse en el quirófano local serán seleccionados y programados en este quirófano.

INDICADORES
- La disminución de las derivaciones externas del servicio pueden evaluarse de forma comparativa entre las derivaciones durante el primer año en el que se implante este quirófano y el mismo periodo de tiempo en el año anterior.
- El tiempo de espera quirúrgico en función del tipo de tumor cutáneo también es un indicador que puede evaluarse de forma objetiva

La satisfacción y la preferencia de los pacientes de ser operados en el Hospital de Huesca o derivados a Cirugía Plástica en Zaragoza también puede ser evaluada mediante encuesta a los pacientes

DURACIÓN
Si Dirección médica, dirección de enfermería y del bloque quirúrgico así como el servicio de Anestesia están de acuerdo, por tratarse de un quirófano de CMA cada 30-45 días en función del volumen de pacientes, la organización del mismo es sencilla y puede prolongarse de forma indefinida si los resultados del proyecto son favorables.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0839

## 1. TÍTULO

CIRUGIA EN DERMATOLOGIA, MAS ALLA DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

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 - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO LUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTORO HUGUET MIGUEL
ESTRADA ONCINS SILVIA
ASPURU RUBIO KATTALIN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
BER NIETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. De acuerdo al calendario, en el primer semestre de 2019, se ha llevado a cabo reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones y medidas a llevar a cabo en la segunda parte de 2019, entre las que se incluyen las siguientes:
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento. Con especial enfoque al cribado y seguimiento de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática (varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular).
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (perfil hepático, hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, serologías de virus hepatotropos, estudio de autoinmunidad, etc.) durante la primera visita especializada.
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Child-Pugh, MELD, Baveno, índice CirCom, APRI, FIB-4, etc.) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos. Estas escalas permiten estratificar los pacientes en varios grupos de riesgo.
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir las pautas de seguimiento y tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.
2. De acuerdo con el Servicio de Bioquímica se ha creado un código específico para solicitud de analítica para el estudio inicial de enfermedades hepáticas crónicas.
3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico a consultas específicas de Hepatología. Incluyendo recomendaciones específicas a través del formulario de interconsultas de la Historia Clínica Electrónica (HCE).
4. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, avalado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) y elaborado por la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPD):
http://www.aeepd.com/wp-content/uploads/2017/02/Guia-de-Cuidados-para-el-paciente-con-cirrosis-hep%C3%A1tica-y-sus-familiares-1-1.pdf
5. En el seno de la Comisión de Nutrición de nuestro centro se ha decidido, de acuerdo con el Servicio de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna, redactar y consensuar un protocolo de seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) para valoración nutricional y estratificación del riesgo cardiovascular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Tras la elaboración del proyecto se ha decidido reorganizar las agendas para incrementar el tiempo de la primera visita, permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.
2. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con enfermedad hepática crónica. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: 1) Historia clínica; 2) Evaluación de la función y fibrosis hepáticas; 3) Tratamiento específico y cribados; y 4) Pruebas y solicitudes Pendientes.
El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la enfermedad hepática, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (por ejemplo, pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). En este apartado se recoge el Cirrhosis Comorbidity Index (CirCom).
El segundo de los pasos caracteriza la función hepática mediante la recopilación de variables clínicas (ascitis, encefalopatía hepática y presencia de varices esofágicas), analíticas (bilirrubina, albúmina, creatinina, INR, sodio) y de pruebas de imagen y endoscópicas (ecografía, gastroscopia, elastografía hepática). Esto permite el cálculo de índices de clínicos para estratificar los pacientes en base a la función hepática y a la presencia de complicaciones (Child-Pugh, MELD, Baveno, APRI, FIB-4) de cara a las recomendaciones de seguimiento posterior.
El tercero, de acuerdo a la información recogida en los dos primeros apartados, ofrece información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando la correcta indicación y cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado (varices esofágicas, carcinoma hepatocelular); interacciones farmacológicas en caso de tratamiento antiviral o profilaxis primaria de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

hemorragia por varices esofágicas con beta-boqueante, y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas (por ejemplo, Endocrinología o Nutrición, Medicina Interna, UASA) o de solicitud de pruebas complementarias. En este apartado se establece además la próxima fecha de realización las pruebas complementarias imprescindibles para un correcto seguimiento del paciente (ecografía de cribado de carcinoma hepatocelular, gastroscopia de cribado o ligadura de varices esofágicas, elastografía de transicción), de acuerdo a los intervalos establecidos por las guías de práctica clínica en vigor, redactadas por la AEEH y la European Association for the Study of the Liver (EASL).
Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores u olvidos. En este apartado, por ejemplo, se incluyen recordatorios de pruebas relacionadas o no con la enfermedad hepática subyacente que es necesario repetir con intervalos de tiempo superiores a 1-2 años.
3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico. Previamente a la cita en consulta se recomienda realización de analítica con petición consensuada para estudio inicial de enfermedad hepática crónica y ecografía abdominal reciente (máximo 3-6 meses anteriores a la cita).
4. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.
5. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con cirrosis hepática u otras enfermedades hepáticas crónicas atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad. Sin embargo, consideramos que es necesario una muestra más grande de pacientes para valorar de forma adecuada el cumplimiento del resto de ítems y valorar la eficacia de la implantación del Checklist. Además, en un porcentaje importante de estos pacientes la enfermedad hepática crónica debuta y se diagnostica durante un ingreso hospitalario, lo cual hace que sea necesario valorar la implementación de este formulario también en este contexto.
6. A todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática por alcohol y abuso consumo perjudicial de alcohol se ha ofrecido solicitar cita en Unidad de Atención y Seguimiento Adicciones (UASA). En caso rechazo, se vuelve a ofrecer en consultas sucesivas y se recuerda que se puede acceder a esta Unidad o a la Unidad de Salud Mental correspondiente solicitándolo al propio Médico de Atención Primaria.
7. De cara a ofrecer apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico, se ha decidido en la última reunión de la comisión de Nutrición de nuestro Hospital la redacción de un protocolo de seguimiento conjunto con el Servicio de Endocrinología y Nutrición, para asesoramiento nutricional, y con el Servicio de Medicina Interna, para estratificación del riesgo cardiovascular y tratamiento de dislipemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.
El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático.
Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.
Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ampliará con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.
La creación de este Checklist representa una importante herramienta que permite avanzar en la atención a estos pacientes. Desde la primera visita: ayuda a homogeneizar el seguimiento; minimiza la repetición o la omisión de analíticas o pruebas complementarias imprescindibles; permite hacer hincapié en las interacciones farmacológicas y estratificar a los pacientes en grupos de riesgo de acuerdo a la etiología y gravedad de la enfermedad hepática subyacente.
Actualmente quedaría pendiente: 1) comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); 2) redacción y puesta en marcha de un protocolo de seguimiento conjunto con los Servicios de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna.
En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica y la idea es extender su utilización a los pacientes diagnosticados por primera vez durante ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1155 ========== ***

Nº de registro: 1155

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

## DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

Autores:
LUE ALBERTO, MONTORO HUGUET MIGUEL, ESTRADA ONCINS SILVIA, ASPURU RUBIO KATTALIN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, BER NIETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.
El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático.
Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con enfermedades hepáticas crónicas que son atendidos por primera vez en la consulta de Aparato Digestivo del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y
seguridad para el paciente.

MÉTODO
1) Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
2) Creación de un protocolo de actuación basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerde el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
1. Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo consumo de alcohol u otros tóxicos, etiología de la enfermedad hepática, comorbilidades (índice CirCom), tratamientos concomitantes, presencia de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática.
2. Protocolizar las investigaciones necesarias para el cribado de las complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática con particular atención a la presencia de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular.
3. Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo necesidad de tratamiento antiviral frente a VHB o VHC, entrega de recomendaciones dirigidas a evitar el contagio de contactos cercanos, evaluación del estado inmune frente a infecciones, TBC, y coordinar acciones con Medicina Preventiva en pacientes potenciales candidatos a trasplante hepático.
3) Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados (Chronic Liver Disease Questionnaire), a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
4) Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad, con particular relevancia al consumo abusivo de alcohol y al apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico.

INDICADORES
- % de pacientes atendidos por primera vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de cribado de varices esofágicas y carcinoma hepatocelular
- % de pacientes remitidos a UASA para control de adiciones
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

DURACIÓN
Primer semestre 2019: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2019: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO LUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTORO HUGUET MIGUEL
ESTRADA ONCINS SILVIA
ASPURU RUBIO KATTALIN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
BER NIETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. De acuerdo al calendario, en el primer semestre de 2019, se ha llevado a cabo reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones y medidas a llevar a cabo en la segunda parte de 2019, entre las que se incluyen las siguientes:
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento. Con especial enfoque al cribado y seguimiento de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática (varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular).
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (perfil hepático, hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, serologías de virus hepatotropos, estudio de autoinmunidad, etc.) durante la primera visita especializada.
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Child-Pugh, MELD, Baveno, índice CirCom, APRI, FIB-4, etc.) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos. Estas escalas permiten estratificar los pacientes en varios grupos de riesgo.
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir las pautas de seguimiento y tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.
2. De acuerdo con el Servicio de Bioquímica se ha creado un código específico para solicitud de analítica para el estudio inicial de enfermedades hepáticas crónicas.
3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico a consultas específicas de Hepatología. Incluyendo recomendaciones específicas a través del formulario de interconsultas de la Historia Clínica Electrónica (HCE).
4. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, avalado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) y elaborado por la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPD) (enlace: http://www.aeepd.com/wp-content/uploads/2017/02/Guia-de-Cuidados-para-el-paciente-con-cirrosis-hep%C3%A1tica-y-sus-familiares-1-1.pdf)
5. En el seno de la Comisión de Nutrición de nuestro centro se ha decidido, de acuerdo con el Servicio de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna, redactar y consensuar un protocolo de seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) para valoración nutricional y estratificación del riesgo cardiovascular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Tras la elaboración del proyecto se ha decidido reorganizar las agendas para incrementar el tiempo de la primera visita, permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.
2. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con enfermedad hepática crónica. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: 1) Historia clínica; 2) Evaluación de la función y fibrosis hepáticas; 3) Tratamiento específico y cribados; y 4) Pruebas y solicitudes Pendientes.
El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la enfermedad hepática, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (por ejemplo, pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). En este apartado se recoge el Cirrhosis Comorbidity Index (CirCom).
El segundo de los pasos caracteriza la función hepática mediante la recopilación de variables clínicas (ascitis, encefalopatía hepática y presencia de varices esofágicas), analíticas (bilirrubina, albúmina, creatinina, INR, sodio) y de pruebas de imagen y endoscópicas (ecografía, gastroscopia, elastografía hepática). Esto permite el cálculo de índices de clínicos para estratificar los pacientes en base a la función hepática y a la presencia de complicaciones (Child-Pugh, MELD, Baveno, APRI, FIB-4) de cara a las recomendaciones de seguimiento posterior.
El tercero, de acuerdo a la información recogida en los dos primeros apartados, ofrece información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando la

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

correcta indicación y cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado (varices esofágicas, carcinoma hepatocelular); interacciones farmacológicas en caso de tratamiento antiviral o profilaxis primaria de hemorragia por varices esofágicas con beta-boqueante, y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas (por ejemplo, Endocrinología o Nutrición, Medicina Interna, UASA) o de solicitud de pruebas complementarias. En este apartado se establece además la próxima fecha de realización las pruebas complementarias imprescindibles para un correcto seguimiento del paciente (ecografía de cribado de carcinoma hepatocelular, gastroscopia de cribado o ligadura de varices esofágicas, elastografía de transicción), de acuerdo a los intervalos establecidos por las guías de práctica clínica en vigor, redactadas por la AEEH y la European Association for the Study of the Liver (EASL).
Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores u olvidos. En este apartado, por ejemplo, se incluyen recordatorios de pruebas relacionadas o no con la enfermedad hepática subyacente que es necesario repetir con intervalos de tiempo superiores a 1-2 años.
3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico. Previamente a la cita en consulta se recomienda realización de analítica con petición consensuada para estudio inicial de enfermedad hepática crónica y ecografía abdominal reciente (máximo 3-6 meses anteriores a la cita).
4. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.
5. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con cirrosis hepática u otras enfermedades hepáticas crónicas atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad. Sin embargo, consideramos que es necesario una muestra más grande de pacientes para valorar de forma adecuada el cumplimiento del resto de ítems y valorar la eficacia de la implantación del Checklist. Además, en un porcentaje importante de estos pacientes la enfermedad hepática crónica debuta y se diagnostica durante un ingreso hospitalario, lo cual hace que sea necesario valorar la implementación de este formulario también en este contexto.
6. A todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática por alcohol y abuso consumo perjudicial de alcohol se ha ofrecido solicitar cita en Unidad de Atención y Seguimiento Adicciones (UASA). En caso rechazo, se vuelve a ofrecer en consultas sucesivas y se recuerda que se puede acceder a esta Unidad o a la Unidad de Salud Mental correspondiente solicitándolo al propio Médico de Atención Primaria.
7. De cara a ofrecer apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico, se ha decidido en la última reunión de la comisión de Nutrición de nuestro Hospital la redacción de un protocolo de seguimiento conjunto con el Servicio de Endocrinología y Nutrición, para asesoramiento nutricional, y con el Servicio de Medicina Interna, para estratificación del riesgo cardiovascular y tratamiento de dislipemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.
El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático.
Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.
Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ampliará con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.
La creación de este Checklist representa una importante herramienta que permite avanzar en la atención a estos pacientes. Desde la primera visita: ayuda a homogeneizar el seguimiento; minimiza la repetición o la omisión de analíticas o pruebas complementarias imprescindibles; permite hacer hincapié en las interacciones farmacológicas y estratificar a los pacientes en grupos de riesgo de acuerdo a la etiología y gravedad de la enfermedad hepática subyacente.
Actualmente quedaría pendiente: 1) comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); 2) redacción y puesta en marcha de un protocolo de seguimiento conjunto con los Servicios de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna.
En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica y la idea es extender su utilización a los pacientes diagnosticados por primera vez durante ingreso hospitalario.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1155 ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

### DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

Nº de registro: 1155

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

Autores:
LUE ALBERTO, MONTORO HUGUET MIGUEL, ESTRADA ONCINS SILVIA, ASPURU RUBIO KATTALIN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, BER NIETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.
El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático.
Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con enfermedades hepáticas crónicas que son atendidos por primera vez en la consulta de Aparato Digestivo del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y
seguridad para el paciente.

MÉTODO
1) Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
2) Creación de un protocolo de actuación basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerde el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
1. Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo consumo de alcohol u otros tóxicos, etiología de la enfermedad hepática, comorbilidades (índice CirCom), tratamientos concomitantes, presencia de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática.
2. Protocolizar las investigaciones necesarias para el cribado de las complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática con particular atención a la presencia de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular.
3. Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo necesidad de tratamiento antiviral frente a VHB o VHC, entrega de recomendaciones dirigidas a evitar el contagio de contactos cercanos, evaluación del estado inmune frente a infecciones, TBC, y coordinar acciones con Medicina Preventiva en pacientes potenciales candidatos a trasplante hepático.
3) Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados (Chronic Liver Disease Questionnaire), a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
4) Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad, con particular relevancia al consumo abusivo de alcohol y al apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico.

INDICADORES
- % de pacientes atendidos por primera vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de cribado de varices esofágicas y carcinoma

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

hepatocelular
- % de pacientes remitidos a UASA para control de adiciones
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad

DURACIÓN
Primer semestre 2019: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2019: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO LUE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTORO HUGUET MIGUEL
ESTRADA ONCINS SILVIA
ASPURU RUBIO KATTALIN
BELLOC BARBASTRO BLANCA
DOMINGUEZ CAJAL MANUEL
BER NIETO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. De acuerdo al calendario, en el primer semestre de 2019, se ha llevado a cabo reuniones entre los miembros del grupo de mejora para la toma de distintas decisiones y medidas a llevar a cabo en la segunda parte de 2019, entre las que se incluyen las siguientes:
a. Tiempos necesarios durante la primera visita especializada para realizar una correcta historia clínica, dar una información suficiente y plantear el tratamiento y seguimiento de los pacientes.
b. Pruebas complementarias necesarias o útiles para el correcto diagnóstico y seguimiento. Con especial enfoque al cribado y seguimiento de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática (varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular).
c. Parámetros clínicos y analíticos a valorar o solicitar (perfil hepático, hemograma, parámetros nutricionales, reactantes de fase aguda, serologías de virus hepatotropos, estudio de autoinmunidad, etc.) durante la primera visita especializada.
d. Escalas, Clasificaciones y Cuestionarios (Child-Pugh, MELD, Baveno, índice CirCom, APRI, FIB-4, etc.) a utilizar durante la primera visita especializada para evitar la variabilidad entre los facultativos. Estas escalas permiten estratificar los pacientes en varios grupos de riesgo.
e. Creación de un Checklist con el fin de rellenarlo durante la consulta de primera visita y en el que se recoge de forma sistemática información útil para el correcto diagnóstico, la valoración de factores de riesgo y para decidir las pautas de seguimiento y tratamiento de una forma suficientemente clara y concisa para evitar errores.

2. De acuerdo con el Servicio de Bioquímica se ha creado un código específico para solicitud de analítica para el estudio inicial de enfermedades hepáticas crónicas.

3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico a consultas específicas de Hepatología. Incluyendo recomendaciones específicas a través del formulario de interconsultas de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

4. Mejoras en la entrega y explicación durante las visitas de hojas informativas que incluyen enlaces a páginas web de contenido verificado, avalado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) y elaborado por la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva (AEEPD):

https://is.gd/WgGekv

5. En el seno de la Comisión de Nutrición de nuestro centro se ha decidido, de acuerdo con el Servicio de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna, redactar y consensuar un protocolo de seguimiento de los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) para valoración nutricional y estratificación del riesgo cardiovascular.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Tras la elaboración del proyecto se ha decidido reorganizar las agendas para incrementar el tiempo de la primera visita, permitiendo establecer un clima de consulta más confortable y empático a la vez que se recaba toda la información necesaria siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y seguridad para el paciente.

2. Se ha creado un Checklist que se rellena durante la primera consulta especializada en un paciente con enfermedad hepática crónica. Se trata de un cuestionario estructurado en cuatro apartados o pasos: 1) Historia clínica; 2) Evaluación de la función y fibrosis hepáticas; 3) Tratamiento específico y cribados; y 4) Pruebas y solicitudes Pendientes.
El primero de ellos recoge datos acerca de la historia clínica relevantes para un correcto diagnóstico y clasificación de la enfermedad hepática, una valoración de los factores de riesgo de mala evolución y datos acerca de tratamientos previos (por ejemplo, pautados desde Atención Primaria u otros especialistas). En este apartado se recoge el Cirrhosis Comorbidity Index (CirCom).
El segundo de los pasos caracteriza la función hepática mediante la recopilación de variables clínicas (ascitis, encefalopatía hepática y presencia de varices esofágicas), analíticas (bilirrubina, albúmina, creatinina, INR, sodio) y de pruebas de imagen y endoscópicas (ecografía, gastroscopia, elastografía hepática). Esto permite el cálculo de índices de clínicos para estratificar los pacientes en base a la

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

función hepática y a la presencia de complicaciones (Child-Pugh, MELD, Baveno, APRI, FIB-4) de cara a las recomendaciones de seguimiento posterior.
El tercero, de acuerdo a la información recogida en los dos primeros apartados, ofrece información necesaria para individualizar el tratamiento mejorando la seguridad estableciendo contraindicaciones, comprobando la correcta indicación y cumplimiento de los diferentes protocolos de cribado (varices esofágicas, carcinoma hepatocelular); interacciones farmacológicas en caso de tratamiento antiviral o profilaxis primaria de hemorragia por varices esofágicas con beta-boqueante, y estableciendo las necesidades individuales de derivación a otros especialistas (por ejemplo, Endocrinología o Nutrición, Medicina Interna, UASA) o de solicitud de pruebas complementarias. En este apartado se establece además la próxima fecha de realización las pruebas complementarias imprescindibles para un correcto seguimiento del paciente (ecografía de cribado de carcinoma hepatocelular, gastroscopia de cribado o ligadura de varices esofágicas, elastografía de transicción), de acuerdo a los intervalos establecidos por las guías de práctica clínica en vigor, redactadas por la AEEH y la European Association for the Study of the Liver (EASL).
Finalmente se ha creado un apartado en el que poder recoger todos los ítems que han quedado pendiente y que deben ir obteniéndose en próximas visitas para evitar errores u olvidos. En este apartado, por ejemplo, se incluyen recordatorios de pruebas relacionadas o no con la enfermedad hepática subyacente que es necesario repetir con intervalos de tiempo superiores a 1-2 años.

3. Mejora en el circuito de derivación de pacientes de nuevo diagnóstico. Previamente a la cita en consulta se recomienda realización de analítica con petición consensuada para estudio inicial de enfermedad hepática crónica y ecografía abdominal reciente (máximo 3-6 meses anteriores a la cita).

4. Durante la primera visita se entrega y explica hojas informativas elaboradas con enlaces a páginas web de contenido verificado.

5. Hasta la elaboración de la memoria a todos los pacientes de nuevo diagnóstico con cirrosis hepática u otras enfermedades hepáticas crónicas atendidos como primera visita se le ha realizado el Checklist y se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad. Sin embargo, consideramos que es necesario una muestra más grande de pacientes para valorar de forma adecuada el cumplimiento del resto de ítems y valorar la eficacia de la implantación del Checklist. Además, en un porcentaje importante de estos pacientes la enfermedad hepática crónica debuta y se diagnostica durante un ingreso hospitalario, lo cual hace que sea necesario valorar la implementación de este formulario también en este contexto.

6. A todos los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática por alcohol y abuso consumo perjudicial de alcohol se ha ofrecido solicitar cita en Unidad de Atención y Seguimiento Adicciones (UASA). En caso rechazo, se vuelve a ofrecer en consultas sucesivas y se recuerda que se puede acceder a esta Unidad o a la Unidad de Salud Mental correspondiente solicitándolo al propio Médico de Atención Primaria.

7. De cara a ofrecer apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico, se ha decidido en la última reunión de la comisión de Nutrición de nuestro Hospital la redacción de un protocolo de seguimiento conjunto con el Servicio de Endocrinología y Nutrición, para asesoramiento nutricional, y con el Servicio de Medicina Interna, para estratificación del riesgo cardiovascular y tratamiento de dislipemia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.
El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático.
Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.
Esta recopilación de la información se ha estructurado en nuestro proyecto a través del Checklist creado y el tiempo de primeras visitas se ampliará con respecto a las consultas generales para asegurar que pueda completarse evitando errores secundarios a una precipitada entrevista clínica.
La creación de este Checklist representa una importante herramienta que permite avanzar en la atención a estos pacientes. Desde la primera visita: ayuda a homogeneizar el seguimiento; minimiza la repetición o la omisión de analíticas o pruebas complementarias imprescindibles; permite hacer hincapié en las interacciones farmacológicas y estratificar a los pacientes en grupos de riesgo de acuerdo a la etiología y gravedad de la enfermedad hepática subyacente.
Actualmente quedaría pendiente: 1) comprobar la correcta utilización del Checklist durante la práctica clínica habitual, así como incluir la realización de forma sistemática en las primeras visitas de estos pacientes de cuestionarios acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); 2) redacción y puesta en marcha de un protocolo de seguimiento conjunto con los Servicios de Endocrinología y Nutrición y Medicina Interna.
En este momento se está comenzando a realizar el Checklist en la consulta monográfica y la idea es extender su utilización a los pacientes diagnosticados por primera vez durante ingreso hospitalario.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1155 ========== ***

Nº de registro: 1155

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA

Autores:
LUE ALBERTO, MONTORO HUGUET MIGUEL, ESTRADA ONCINS SILVIA, ASPURU RUBIO KATTALIN, BELLOC BARBASTRO BLANCA, DOMINGUEZ CAJAL MANUEL, BER NIETO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades hepáticas crónicas representan actualmente un importante problema de salud. En nuestro medio las etiologías más frecuentes responsables de cirrosis hepática (CH) son el consumo abusivo de alcohol, la infección crónica por VHC y, recientemente, la enfermedad por hígado graso no alcohólico.
El seguimiento en pacientes con CH u otras enfermedades hepáticas crónicas es fundamental estratificar los pacientes en grupos de riesgo con vistas a identificar de y cribar forma precoz las complicaciones relacionadas con esta entidad, con particular atención al desarrollo de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática, carcinoma hepatocelular u otras complicaciones que pueden ser indicación de valoración para trasplante hepático.
Por todo ello, la primera visita en la consulta del especialista es un momento crucial que requiere tiempo y dedicación, para informar al paciente acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad, a la vez que recabar información estructurada dirigida a estratificar el riesgo y seleccionar las conductas más apropiadas en el contexto de un modelo centrado en la calidad y seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Desarrollar un protocolo asistencial para pacientes con enfermedades hepáticas crónicas que son atendidos por primera vez en la consulta de Aparato Digestivo del H. San Jorge siguiendo un modelo centrado en criterios de coste-efectividad, calidad y
seguridad para el paciente.

MÉTODO
1) Establecer un clima de consulta confortable y empático incluyendo tiempos de visita adecuados, para recabar toda la información necesaria.
2) Creación de un protocolo de actuación basado en un esquema predefinido y apoyado por un Checklist que recuerde el cumplimiento sistemático de los siguientes pasos:
1. Obtener información acerca del debut de la enfermedad, así como de todas aquellas variables que permiten estratificar el riesgo, incluyendo consumo de alcohol u otros tóxicos, etiología de la enfermedad hepática, comorbilidades (índice CirCom), tratamientos concomitantes, presencia de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática.
2. Protocolizar las investigaciones necesarias para el cribado de las complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática con particular atención a la presencia de varices esofágicas, ascitis, encefalopatía hepática mínima y carcinoma hepatocelular.
3. Recabar información acerca de todas las variables relacionadas con la seguridad incluyendo necesidad de tratamiento antiviral frente a VHB o VHC, entrega de recomendaciones dirigidas a evitar el contagio de contactos cercanos, evaluación del estado inmune frente a infecciones, TBC, y coordinar acciones con Medicina Preventiva en pacientes potenciales candidatos a trasplante hepático.
3) Ponderar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante cuestionarios validados (Chronic Liver Disease Questionnaire), a fin de establecer una referencia sobre la que sustentar los resultados de las diferentes terapias.
4) Búsqueda intencionada de aspectos psicosociales que puedan influir en el curso natural de la enfermedad,

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1155

## 1. TÍTULO

**DESARROLLO DE UN PROTOCOLO ASISTENCIAL PARA EL MANEJO CLINICO DE LA PRIMERA VISITA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA**

con particular relevancia al consumo abusivo de alcohol y al apoyo nutricional en los pacientes con enfermedad por hígado graso no alcohólico.

INDICADORES
- % de pacientes atendidos por primera vez que cuentan con un check-list de apoyo para la prestación asistencial
- % de pacientes que han sido atendidos en los tiempos predefinidos en el programa
- % de pacientes en quienes se han investigado las variables que permiten estratificar el riesgo
- % de pacientes en quienes se ha llevado a cabo el protocolo de cribado de varices esofágicas y carcinoma hepatocelular
- % de pacientes remitidos a UASA para control de adiciones
- % de pacientes a quienes se les ha facilitado información escrita fiable y fidedigna, acerca de la naturaleza y pronóstico de su enfermedad

DURACIÓN
Primer semestre 2019: Reuniones entre los miembros de la Unidad (staff médico y de enfermería) para el diseño del Checklist de apoyo con los parámetros que permitirán ordenar de un modo sistemático la información a recabar.
Segundo semestre 2019: Aplicación sistemática del Checklist de apoyo para una asistencia sistematizada.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD**

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BLANCA BELLOC BARBASTRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA MARCA PILAR
BARDAJI CIPRES MARIA JOSE
PUICERCUS MARTIN ANA CRISTINA
LUE ALBERTO
BER NIETO YOLANDA
ESTRADA ONCINS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- En septiembre 2019 se ha iniciado la valoración del número de muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud para determinar el número de aquellas en las que los datos no están indicados de forma adecuada
- Reunión de los miembros del equipo de mejora en septiembre 2019 para la redacción de un manual en el que se indican las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento de H. pylori desde los centros de salud al hospital. Además se ha incluido el algoritmo de tratamiento de la infección por Helicobacter pylori, según la “IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori”.
- También se ha redactado una hoja de recomendaciones para el paciente, que debe realizar antes del test del aliento de Helicobacter pylori, para entregársela cuando se le solicite la prueba. Este documento se ha enviado a los centros de salud junto al manual de recomendaciones anterior.
- En noviembre de 2019 se ha realizado la difusión a los centros de salud mediante el envío del manual de recomendaciones para el médico que solicita el test del aliento de Helicobacter pylori y la hoja de recomendaciones para el paciente.
- Revisión de las muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud durante los meses de septiembre, octubre noviembre y diciembre de 2019 y valoración de la correcta cumplimentación de los datos en estas muestras.

Hemos redactado un manual en el que se indican las instrucciones para el adecuado envío de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori, de forma que permita el correcto análisis e identificación de estas muestras. En este manual se ha incluido también el algoritmo de tratamiento actualizado de la infección por Helicobacter pylori. Además, hemos redactado una hoja de recomendaciones para el paciente que debe seguir antes de realizar el test del aliento de Helicobacter pylori. Ambos documentos se enviaron a los centros de salud en noviembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Número de muestras de test del aliento de Helicobacter pylori enviadas desde los centros de salud
  - o Septiembre: 221
  - o Octubre: 242
  - o Noviembre: 204
  - o Diciembre:158
- % de muestras de test del aliento enviadas con los datos indicados correctamente antes y después del envío del manual a los centros de salud
  - o Antes del envío del manual (septiembre y octubre): 76%
  - o Después del envío del manual (noviembre y diciembre): 79%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha observado una ligera disminución de las muestras enviadas de test del aliento de Helicobacter pylori en las que los datos no están indicados correctamente en la mayoría de los centros de salud, aunque es necesario mejorar la aplicación de las recomendaciones para evitar nuevos errores en los datos de las muestras enviadas.
Para conseguir esto, se va a contactar telefónicamente con los centros de salud en los que se siguen cometiendo errores en los datos indicados en las muestras enviadas para conocer la proporción de los centros que han recibido los documentos sobre el manejo y envío de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori y volver a enviarlos en caso que no las hayan recibido. El objetivo es optimizar la aplicación de las recomendaciones enviadas, para conseguir realizar un correcto análisis e identificación de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori.
Es necesario seguir valorando las muestras enviadas desde los centros de salud durante los próximos meses para evaluar el impacto de las recomendaciones sobre el manejo y envío de las muestras de test del aliento de Helicobacter pylori

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD**

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1238 ========== ***

Nº de registro: 1238

Título
MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
BELLOC BARBASTRO BLANCA, ARA MARCA PILAR, ARGUIS NERIN MARIA VICTORIA, BARDAJI CIPRES MARIA JOSE, LUE ALBERTO, BER NIETO YOLANDA, ESTRADA ONCINS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por Helicobacter pylori afecta a alrededor del 50% de la población mundial y desempeña un papel fundamental en el desarrollo de diversas enfermedades digestivas como la gastritis crónica, la úlcera péptica y el cáncer gástrico, por lo que un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz son esenciales en la práctica clínica. El test del aliento es la prueba no invasiva que se utiliza con más frecuencia para el diagnóstico de la infección por H. pylori y tiene una alta sensibilidad y especificidad par la confirmación de la erradicación de H. pylori tras el tratamiento. Actualmente se realiza tanto en la consulta de Digestivo del Hospital San Jorge como en los centros de salud, lo que permite evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al hospital. Tras la realización de la prueba en los centros de salud, las muestras se envían en un sobre a la consulta de Digestivo del Hospital para su posterior análisis.
Para el adecuado manejo y análisis de las muestras enviadas en la consulta de digestivo es necesario que los datos del paciente (nombre y número de historia), el centro y el médico que solicita la prueba, estén correctamente indicados, además, es importante conocer si el test del aliento se ha realizado previamente al tratamiento erradicador o post-tratamiento para confirmar erradicación. En ocasiones estos datos no están correctamente indicados, lo que puede provocar que se comentan errores en la identificación de las muestras y dificultar el adecuado análisis y envío de los resultados. En estos casos, habitualmente se contacta telefónicamente con el centro de salud.
El diseño de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento desde los centros de salud al hospital puede mejorar la correcta identificación y análisis de estas muestras.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar la recogida de datos de las muestras de test del aliento de H. pylori, enviadas desde los centros de salud a la consulta de digestivo, que permita el correcto análisis e identificación de las muestras.
Elaborar una base de datos para recoger la información de las muestras recibidas (nombre y número de historia del paciente, médico solicitante, día de la prueba, test del aliento pre o post-tratamiento y resultados)

MÉTODO
Valoración del número de muestras de test del aliento enviadas desde los centros de salud en las que los datos no están indicados de forma adecuada
Redacción de un manual en la que se indiquen las instrucciones para el adecuado manejo y envío de las muestras de test del aliento de H. pylori desde los centros de salud al hospital.
Difusión del documento a los centros de salud.
Elaboración de una base de datos que permita la adecuada recogida de información de las muestras de test del aliento de H. pylori realizadas, tanto en el hospital como en los centros de salud.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1238

## 1. TÍTULO

**MEJORA DEL ENVIO DE MUESTRAS DE TEST DEL ALIENTO CON UREA MARCADA CON C13 PARA EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI REALIZADOS EN LOS CENTROS DE SALUD**

INDICADORES
- % de centros de salud que reciben el manual enviado
- % de muestras de test del aliento enviadas con los datos indicados correctamente antes y después del envío del manual a los centros de salud

DURACIÓN
Desde mayo 2019 hasta octubre 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... KATTALIN ASPURU RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN GUERRI LORENZO
RIVAS CALVETE OLGA
LASIERRA BETRAN CARMEN
DIESTE SAMITIER SONIA
HIGUERA UBAU ROSA MARIA
SUELVES FERRER MARIA TERESA
SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- En mayo de 2019 se lleva a cabo la reunión de los componentes del equipo de mejora en la que se establece que la guía de la sociedad americana de endoscopia digestiva ASGE "Quality indicators common to all GI endoscopic procedures" será la guía en la que basaremos nuestro documento. Adicionalmente se aportan otros artículos relacionados con la información al alta tras una colonoscopia:

- Spodik M, Goldman J, Merl K, Walker C, Alpini B, Kasten- berg D. Providing an endoscopy report to patients after a procedure: a low-cost intervention with high returns. Gastrointest Endosc. 2008;66:103-11
- Rubin DT, Ulitsky A, Poston J, Huo D. What is the most effective way to communicate results after endoscopy? Gastrointest Endosc. 2007;66:108-12.
- Ko HH, Zhang H, Telford JJ, Enns R. Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures.Gastrointest Endosc. 2009 Apr;69(4):883-91

2.- Entre mayo y junio de 2019 se estudian los documentos aportados y nos reunimos nuevamente para decidir los contenidos del tríptico. Nos damos cuenta de la necesidad de hacer 2 trípticos, uno para pacientes a los que se les ha realizado una polipectomía de riesgo y otro genérico para el resto de los pacientes ya que algunas recomendaciones difieren entre los 2 grupos de pacientes.
El tríptico para las colonoscopias diagnósticas y terapéuticas de bajo riesgo contiene las siguientes recomendaciones:

Le acaban de realizar una Colonoscopia con sedación, a continuación, le vamos a indicar cuales son las recomendaciones en las siguientes horas a dicha prueba:
• Puede comer los alimentos que le apetezcan, evitando las comidas copiosas, alimentos muy grasos (embutidos, quesos...), alimentos flatulentos (cebolla, legumbres...) y bebidas gaseosas (refrescos, gaseosa...).
• Beba líquidos, esto ayudará a eliminar la medicación que le hemos administrado para realizar la prueba.
• Mantenga un reposo relativo. Debido a la medicación administrada se recomienda NO realizar esfuerzos físicos ni actividades que conlleven una elevada concentración o tomar decisiones importantes.
• No beba bebidas alcohólicas. Pueden interferir con la medicación administrada y producir efectos indeseados.
• No puede conducir en 6 horas tras la prueba.

Posibles efectos adversos:
• Tras la exploración puede tener molestias (pinchazos, retorcijones...) en la zona abdominal, es frecuente y normal. Para poder visualizar el colon es necesario insuflar aire y distender el intestino. Al finalizar la prueba se intenta aspirar todo el contenido, pero no es posible hacerlo en su totalidad. Pruebe a tumbarse y haga cambios de postura para expulsar el aire. Si las molestias persistieran consulte con su médico de cabecera.
• Debido a los procedimientos realizados durante la prueba puede expulsar pequeñas cantidades de sangre. Es normal. Si fuera mucha cantidad o mezclada con coágulos acuda a Urgencias del hospital.
• Debido a la medicación administrada no debe realizar actividades que requieran concentración, es recomendable tumbarse y es estar relajado durante unas horas.

En caso de duda o consulta puede contactar con unidad de Endoscopias en el teléfono 974247000 Ext 524158 en horario de 8:00 a 15:00 horas.

En el tríptico para los pacientes con terapéutica de riesgo añadimos las siguientes recomendaciones:
• Permanecerá durante 12 a 24 horas en reposo sin hacer esfuerzos físicos.
• Durante 24 horas tomará únicamente una dieta líquida (sopas, infusiones, zumos de frutas colados). Posteriormente reintroducirá de forma progresiva su dieta normal.
• Puede que observe en la deposición sangre en pequeña cantidad. Esto es normal y se debe a la herida que se le ha hecho en el tracto digestivo al extirpar el pólipo.
• Puede que durante unas horas tenga molestias en el abdomen y sensación de hinchazón. Esto es normal y se debe al aire que se le ha introducido durante la prueba.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

• Los resultados del estudio histopatológico de los pólipos extirpados se los dará el medico que ha solicitado la prueba. El resultado de este estudio puede tardar unos 15 – 20 días en recibirse.
• Acudirá al Servicio de Urgencias del hospital si presentase:
- Dolor abdominal importante o persistente.
- Fiebre.
- Sangre abundante con heces o coágulos por el recto.

3.- En julio y agosto de 2019 maquetamos los trípticos. Se realizan varios borradores, ya que la información debe ser sencilla, concisa, fácilmente compresible y bien organizada para facilitar la compresión a los pacientes. Apoyaremos el texto con imágenes para una mejor comprensión. El único recurso empleado es un ordenador con el programa power point y conexión a internet.

4.- En agosto de 2019 se imprimen y pliegan los documentos, se preparan para su posterior distribución. Los recursos empleados son una impresora láser y hojas de papel A4

5.- En agosto y septiembre de 2019 se realizan varias reuniones con los demás componentes de la unidad de endoscopias (médicos, enfermeros y auxiliares), se les explica el proyecto y se presenta el tríptico ya que serán ellos quienes explicarán las recomendaciones al alta a los pacientes.

6.- En septiembre de 2019 se empiezan a distribuir los trípticos. En el momento del alta al paciente y/o su acompañante se le explican las recomendaciones verbalmente, se les pregunta si tienen alguna duda al respecto y se les entrega un tríptico. Adicionalmente se recogen sus datos y teléfono en una hoja Excel.

7.- En octubre, noviembre y diciembre se realizan las encuestas telefónicas con las siguientes preguntas:
- ¿Leyó el tríptico tras el alta?
- ¿Le resultó útil esta información?
- ¿Siguió las instrucciones referidas en el tríptico?
- ¿Hay alguna duda que no pudiera responder con la información aportada?

8.- En enero de 2020 realizamos el análisis de los resultados y redacción de la memoria del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos redactado 2 trípticos con las recomendaciones al alta de la unidad de endoscopias para los pacientes a los que se les ha realizado una colonoscopia. Un tríptico para las colonoscopias diagnósticas y con terapéutica de bajo riesgo y otro tríptico con indicaciones específicas adicionales para los pacientes a los que se les ha realizado terapéutica de alto riesgo. Ambos documentos son claros y concisos, se sustentan en las recomendaciones de la ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy) y están apoyados por iconografía para una mejor comprensión y asimilación de la información.
En el momento del alta, en primer lugar se confirma con el paciente que tiene cita con el médico que le ha solicitado la prueba, y en segundo lugar se le explican verbalmente las indicaciones a seguir tras la exploración. Si el paciente no tiene autonomía suficiente se le explican también al acompañante. Junto con el informe de la prueba se le entrega el tríptico con las recomendaciones y se le indica que lo lea en su domicilio, de esta manera evitamos el olvido o la mala interpretación de la información verbal.
Para la valoración de los resultados hemos realizado una encuesta telefónica a los pacientes a los que se les entregó el documento. En total hemos realizado 138 encuestas telefónicas, de las cuales hemos obtenido respuesta de 103 pacientes. De estos pacientes 17 (16.5%) afirman no haber recibido el tríptico, esto podría deberse a que no se les haya entregado o a que se haya traspapelado el documento junto con el sobre del informe para el médico peticionario. Entre los pacientes que recibieron la información 74 (71,8%) afirman que leyeron el tríptico, a 74 (71,8%) les resultó útil tener esta información por escrito y 73 (70.8%) afirman haber seguido las instrucciones referidas en el texto. A la pregunta de si tuvo alguna duda que no pudiera resolver con el tríptico solamente un paciente nos refirió que no se indicaba en cuantas horas se podía volver a ingerir bebidas alcohólicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del proyecto es muy positiva ya que con ello cumplimos unos de los items de calidad postprocedimiento recomendados por la ASGE. Sabemos que la trasmisión de la información entre los profesionales de la salud y los pacientes no siempre es fácil y tiende a no ser eficaz, de esto derivan muchas de las reclamaciones que realizan los pacientes y también puede desencadenar complicaciones. Con este proyecto contribuimos a mejorar la información y la relación médico paciente. Se trata de un proyecto de fácil implementación, sostenible en el tiempo y que puede ser aplicable a otros procedimientos endoscópicos como la gastroscopia.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1357 ========== ***

Nº de registro: 1357

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

Título
PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIOS TRAS UNA COLONOSCOPIA

Autores:
ASPURU RUBIO KATTALIN, OLIVAN GUERRI LORENZO, RIVAS CALVETE OLGA, LASIERRA BETRAN CARMEN, DIESTE SAMITIER SONIA, HIGUERA UBAU ROSA MARIA, SUELVES FERRER MARIA TERESA, SANTOLARIA PIEDRAFITA SANTOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La colonoscopia es el método de referencia para el diagnóstico de enfermedades colorrectales y tiene un papel cada vez mayor en el tratamiento de distintas lesiones. El número de exploraciones que se realizan el las unidades de endoscopia ha presentado un crecimiento constante a lo largo de los años y se prevé que siga incrementando debido a la implantación del programa cribado de cancer colorrectal, concretamente en nuestro servicio realizamos aproximadamente 2600 colonoscopias anuales.
Se trata de una exploración que suele ser molesta y dolorosa en la mayoría de los casos por lo que se realiza habitualmente bajo sedación profunda con propofol. El paciente inmediatamente tras la realización de la prueba pasa a una sala de recuperación donde se observa y monitoriza hasta que recupera el nivel de conciencia necesario para volver a su domicilio, si bien los efectos de la sedación pueden durar algunas horas más y puede producirse cierta amnesia de estos momentos posteriores a la exploración. Tras la colonoscopia el paciente debe recibir información sobre la dieta, actividad (fundamentalmente prohibición de conducir), medicaciones y seguimiento necesario. Hasta el momento la transmisión de esta información se realiza de manera verbal lo que puede dar lugar a olvido o mala interpretación de las instrucciones a seguir, las consecuencias de esto pueden ser graves incrementando el número de complicaciones y eventos adversos postprocedimiento: dolor abdominal, hemorragia postpolipectomía e incluso accidentes de tráfico por conducir bajo los efectos de la sedación. Por este motivo es necesario protocolizar la transmisión de la información tras la colonoscopia realizando una correcta transmisión verbal, asegurándonos de que sea comprensible para el paciente y/o acompañante y apoyándonos en un texto escrito, sencillo y conciso que el paciente pueda consultar una vez llega a su domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos de los proyecto son:
- Asegurar una correcta comprensión de la conducta a seguir y recomendaciones tras una colonoscopia.
- Evitar las complicaciones derivadas de una mala transmisión de la información postcolonoscopia
- Implementar los criterios de calidad recogidos en las guías de práctica clínica y mejorar así la calidad de nuestra unidad de endoscopia
- Conocer mediante una encuesta la proporción de pacientes que siguen las recomendaciones indicadas
La población diana son los pacientes que se han realizado una colonoscopia con sedación en nuestra unidad de endoscopias

MÉTODO
- Lectura de las guías de práctica clínica de la ASGE (American society of gastrointestinal endoscopy) y ESGE (European society of gastrointestinal endoscopy), síntesis de las mismas y redacción un documento que agrupe las recomendaciones postprocedimiento tras una colonoscopia. Estas deben incluir: restricciones en la dieta, reanudación o cambio en los medicamentos, la prescripción de medicamentos, la reanudación de actividades como la conducción e información acerca de posibles eventos adversos y conducta e seguir en estos casos
- Maquetación del documento
- Reunión/sesión con el personal de enfermería para explicar los indicadores de calidad postprocedimiento y presentación del documento
- 2 semanas después de la colonoscopia se realizará una encuesta telefónica a los pacientes a los que se les ha entregado el documento para comprobar si la información les ha resultado útil y si han seguido las indicaciones especificadas.
- Análisis de los resultados de la encuesta

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega el documento
- Porcentaje de pacientes que ha comprendido correctamente la información del documento
- Porcentaje de pacientes que ha seguido las indicaciones especificadas
- Porcentaje de pacientes a los que les ha resultado útil la información escrita aportada.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1357

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE INFORMACION AL ALTA DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIAS TRAS UNA COLONOSCOPIA

DURACIÓN
- Mayo de 2019: Lectura de las guías de práctica clínica, síntesis y redacción del documento
- Junio y julio de 2019: maquetación e impresión del documento
- Septiembre de 2019 en adelante: entrega del documento a los pacientes
- Octubre, noviembre y diciembre de 2019: realización de las encuestas telefónicas
- Diciembre de 2019: análisis de resultados.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1024

## 1. TÍTULO

## PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DEL MAR RODRIGUEZ MAÑAS
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN
GARCIA OTAL ELENA
BRAU PERIZ PATRICIA
NAVARRO PEREZ CLARA
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA
ARROYOS BELLOC FRANCISCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.-Creación del Grupo de trabajo de alertas no farmacológicas
2.- Reunión informativa
3.-Perfeccionamiento metodológico del proyecto de mejora.
4.-Definición del proceso de gestión de las Alertas no farmacológicas.
5.- Consenso distribución de tareas
6.- Elaboración del Registro de Alertas (Anexo I)
7.- Diseño del borrador de protocolo de gestión de las alertas no farmacológicas (Anexo II)
8.- Pilotaje del protocolo
9.- Evaluación del pilotaje

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1.-Indicador definición de proceso / Estándar SI/ Resultado SI
2.- Diseño Protocolo gestión Alertas/Estándar SI/ Resultado SI
3.-Indicador Registro: Alertas Registradas/Alertas Recibidas x 100/estándar 100%/ Resultado 32/32x100= 100%
4.-Indicador Información: Alertas Informadas/Alertas Recibidas x 100/ Estándar 100% / Resultado 32/32x100= 100%
5.-Indicador Adopción medidas: Alertas resueltas/Alertas recibidas x 100 / Estándar 100% / Resultado 30/32x100= 94%

FUENTE:
Registro de la actividad realizada durante el pilotaje del protocolo en el Registro de Alertas no farmacológicas elaborado al efecto y que incluye los siguientes Items: Fecha, Nº de Alerta, Producto, Fabricante, lote, Motivo, Servicios implicados, Acciones correctoras, Acciones formativas, Seguimiento de acciones, fecha de cierre.

IMPACTO:
Hasta el desarrollo del proyecto no se disponía en el Hospital de información sobre las Alertas No Farmacológicas tramitadas ni de su gestión, toda vez que se carecía de Registro de las mismas. Se carecía igualmente de procedimiento estandarizado de gestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
PENDIENTE:
Enero 20: Presentación Borrador a la Comisión de Calidad
Febrero 20: Difusión del Protocolo definitivo
Marzo 20: Implantación.

LECCIONES /CONCLUSIONES:
1.- La tarea de Reflexión y análisis al que obliga la elaboración de un protocolo, ha mejorado sustancialmente la definición del proceso.
2.- El trabajo desarrollado para ello ha facilitado la coordinación del personal de las diferentes áreas del Hospital y ha incrementado su implicación en la resolución de las Alertas.
3.- La disposición de un Registro facilita la detección de deficiencias en la gestión de las Alertas.

REPLICACIÓN:
El protocolo diseñado sería perfectamente replicable en los diversos Centros Sanitarios con la debida adaptación a las circunstancias específicas de los mismos.

7. OBSERVACIONES.
Está disponible el Protocolo de Gestión Alertas No Farmacológicas y el Registro de Alertas No Farmacológicas.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1024

## 1. TÍTULO

## PROMOCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1024 ========== ***

Nº de registro: 1024

Título
PROMOCION DE LA SALUD INTEGRAL. ALERTAS SANITARIAS

Autores:
RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR, RODRIGUEZ PUENTE ADRIAN, GARCIA OTAL ELENA, BRAU PERIZ PATRICIA, NAVARRO PEREZ CLARA, LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, ARROYOS BELLOC FRANCISCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: gestion alertas sanitarias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se conoce como alerta sanitaria toda sospecha de una situación de riesgo potencial para la salud de la población y/o de trascendencia social, frente a la cual se hace necesario el desarrollo de acciones de Salud Publica urgentes y eficaces. Se requiere una especial vigilancia por sus potenciales consecuencias en el ámbito sanitario. Con la finalidad de poder identificar y verificar las situaciones de alerta por riesgos para la salud de la población que surgen en relación con la calidad, seguridad,la comercialización ilegal de medicamentos y productos sanitarios así como para poner en conocimiento de los profesionales sanitarios la información o medidas necesarias que se adopten, es preciso generar un circuito con el objeto de gestionar esta información coordinando las diferentes acciones las cuales incluyen que las alertas lleguen a sus destinatarios, se pongan en marcha las medidas oportunas y se elabore un registro que asegure la trazabilidad de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo

MÉTODO
Abril. Reunión primera información, ver documentación.
Mayo. Reunión para repartir tareas, coordinación.
Junio. Elaboración de protocolo. hojas de registro.
Septiembre. presentación del protocolo a la comisión de calidad
Septiembre a Diciembre. Puesta en marcha del protocolo, difusión e implantación.

INDICADORES
Registro de datos. % alertas registradas/alertas recibidas=100%
Resolución de alertas. % alertas resueltas/total alertas recibidas=100%
Realización del protocolo. SI

DURACIÓN
UN AÑO

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0914

## 1. TÍTULO

**GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO**

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LORENA LAGLERA BAILO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO PARDO AURORA
HOSPITAL ARA PILAR
ESCOBAR BELLO MARIA
ANTON PERIAÑEZ MARIA CARMEN
ABIZANDA CASTILLA ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Enero : Se comunica a los trabajadores de la central de esterilización de Jaca el proyecto que queremos llevar a cabo para la formación en esterilización y posteriormente en sistemas de gestión de la calidad al personal que pasa por la central.
-Días 1,4,8,11 y 20 de febrero de 2019: formación práctica de las TCAEs en técnica de esterilización en la central del Hospital San Jorge de Huesca
-01 marzo : Sesión en el Hospital de Jaca sobre normativa ISO en la central de esterilización (3 horas) por Aurora Calvo y Lorena Laglera
-En marzo visitas de la enfermera coordinadora de calidad de Jaca a la central de esterilización del Hospital San Jorge de Huesca para formación práctica en técnica de esterilización
-06 de junio : Nos reunimos en el Hospital de Jaca y se revisa la documentación de la central de esterilización, preparación de informes y resolución de desviaciones surgidas auditoría interna del 2018
-19-20: junio: Jornadas calidad Teruel. El supervisor de esterilización y la coordinadora de calidad de Jaca se forman en diversos talleres y grupo de trabajo sobre esterilización.
-03 de octubre: Reunión en el hospital de Jaca de 9 a 14h para preparación de documentación, indicadores semestrales y auditoría interna
-octubre-noviembre : Taller de auditores internos de las centrales de esterilización del SALUD
-04 de noviembre : Reunión en el Hospital de Jaca (de 9:00 A 14H ) Se revisa la documentación de nivel III y hacemos el check list de las auditorías internas para preparación de la misma
-Desde Abril hasta noviembre 2019: Píldoras formativas dirigidas fundamentalmente a la coordinadora de calidad y al supervisor de la central de esterilización, extensivas a otros profesionales del mismo Hospital
- 6 de noviembre : Auditoría de la central de esterilización de Jaca ( Vamos una enfermera de la central de esterilización de Huesca y la supervisora de área de calidad como observadoras).
-Como se propuso en el proyecto presentado, durante todo el año, el personal de la Central de Esterilización del Hospital San Jorge de Huesca, ha estado disponible para resolver dudas del personal de Jaca en cuanto a esterilización y las Coordinadoras de calidad en cuanto a normativa ISO (in situ, por correo y telefónicamente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-El 100% de TCAES de la central de esterilización de Jaca acuden a la central de Huesca para formación práctica tanto de esterilización como de normativa ISO. (Estándar 90%)
*La TCAE que se encargaba diariamente de la esterilización y lo concerniente a la gestión de la calidad en la central, no se encontraba en la misma y por eso surgió la necesidad inminente de formar al resto de TCAES. Cuando vuelve al puesto de trabajo a ella no se le hace la formación in situ en el hospital San Jorge ya que contaba con la experiencia y conocimientos necesarios (por eso la excluimos de este indicador), pero por correo y teléfono desde la central de Huesca se le han resuelto las dudas que ha tenido sobre esterilización y normativa ISO. También se le ofrece el venir a la central a ella y a el resto de TCAES y enfermeras que precisen formación cuando lo necesiten.
-El 100% del personal de la central de esterilización de Jaca acude a los talleres de formación realizados en el Hospital de Jaca. (Estándar 90% )
-Se mantiene la certificación ISO de la central de esterilización de Jaca

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Surgió la necesidad de formación porque en enero las dos responsables de la esterilización y gestión de la calidad de la central no se encontraban en la misma y no había nadie formado para encargarse de la misma. Sólo contaban con los conocimientos básicos .
Ahora todo el personal que pasa por la central de Jaca está formado tanto en esterilización como en metodología, y esto conlleva una mayor implicación en el trabajo y en temas de calidad
También se mantiene la certificación según la norma ISO de la central de esterilización del Hospital de Jaca

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0914

## 1. TÍTULO

**GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO**

*** ========== Resumen del proyecto 2019/914 ========== ***

Nº de registro: 0914

Título
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO

Autores:
LAGLERA BAILO LORENA, CALVO PARDO AURORA, HOSPITAL ARA PILAR, ESCOBAR BELLO MARIA, ANTON PERIAÑEZ MARIA CARMEN, ABIZANDA CASTILLA ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todas las centrales de esterilización del salud tienen implantado un sistema de calidad basado en la norma UNE-EN-ISO 9001-2015, esto implica :
-disponer de un manual de calidad y procedimientos generales en común que deben seguir
-una sistemática de trabajo ordenada, organizada y de calidad
-una implicación del personal de la CE en el proceso
En la central de esterilización del hospital de Jaca se ha implantado la ISO en 2018
La enfermera y auxiliar que se encargaban diariamente de la esterilización y todo lo concerniente a la gestión de la calidad en la central, no se encuentran actualmente en la misma por lo que ha surgido una necesidad inminente de formar prioritariamente en esterilización y posteriormente en sistemas de gestión de la calidad al personal que pase por la central de esterilización.
Al tratarse de un centro pequeño, el personal se ocupa de distintas funciones, ya que la jornada laboral no se cubre con una sola tarea de un solo servicio. Por este motivo la central no cuenta con personal específico, son varias la TCAE que pasan por la central y varias las enfermeras. Todos tienen conocimientos de esterilización pero muy básicos y prácticamente ningún conocimiento en metodología de la gestión de la calidad. Otros profesionales del Sector, fundamentalmente del Hospital S Jorge de Huesca, van a colaborar en su formación, tanto teórica (organizando sesiones y talleres) como práctica en la propia central de Huesca

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener la certificación según la norma ISO de la central de esterilización del Hospital de Jaca como garantía de calidad de los procesos que en ella se llevan a cabo
- Proporcionar la oportunidad de formarse en técnicas de esterilización y en Gestión de la calidad a todo el personal que trabaja en la central de esterilización del hospital de jaca de una forma planificada y organizada
- Contribuir a la formación de la nueva coordinadora de calidad de la central de esterilización del hospital de Jaca en esterilización y en normativa para poder desempeñar su labor con garantías
- Formar e implicar a todo el personal que trabaja en la central del Hospital de Jaca en la metodología de trabajo

MÉTODO
*Febrero 2019: formación práctica de las TCAEs en técnica de esterilización en la central del Hospital San Jorge de Huesca
*Marzo y Septiembre 2019: Taller de Gestión de la Calidad (Norma ISO 9001-2015) impartido en el propio Hospital de Jaca por Aurora Calvo (coordinadora de calidad del Sector Huesca) y Lorena Laglera (supervisora de calidad del Hospital San Jorge)
*Marzo 2019: Formación práctica en técnica de esterilización de la enfermera coordinadora de calidad en la central de San Jorge, Huesca
*Abril-diciembre 2019: Píldoras formativas dirigidas fundamentalmente a la coordinadora de calidad de Jaca, extensivas a otros profesionales del mismo Hospital

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0914

## 1. TÍTULO

**GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE GESTION BASADO EN LA NORMA UNE EN ISO EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE JACA. FORMACION Y MOTIVACION DEL PERSONAL IMPLICADO**

*Octubre-noviembre 2019:
- Taller de auditores internos
- Participar Auditoría central de Jaca y auditoras (observadoras) en hospital del SALUD
- preparación de informes y resolución de desviaciones surgidas auditoría
*Durante todo el año, el personal de la Central de Esterilización del Hospital San Jorge de Huesca, estarán disponibles para resolver dudas del personal de Jaca en cuanto a esterilización y las Coordinadoras de calidad en cuanto a normativa ISO (in situ, por correo y telefónicamente)

INDICADORES
- % de TCAES de la central de esterilización de Jaca que acuden a la central de Huesca para formación práctica tanto de esterilización como de normativa ISO. Estándar 90%
- % del personal de la central de esterilización acudirá a los talleres de formación que se harán en el hospital de Jaca. Estándar 90 %
-Mantener la certificación ISO de la central de esterilización : SI / NO

DURACIÓN
1 año

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

## 1. TÍTULO

## GESTIÓN DE BIOSIMILARES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR AMADOR RODRIGUEZ
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTOIRO ALLUE RAQUEL
VIÑUALES ARMENGOL CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA
SERRANO VICENTE MARI CARMEN
ESCOLANO PUEYO ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.- Se han realizado charlas informativas en los servicios implicados en el uso estos fármacos (Oncología, Hematología, Reumatologia, Dermatologia y Medicina Interna).
2.- Se han tenido reuniones conjuntas con la Dirección Médica y los servicios implicados en el uso biosimilares.
3.- Se ha llevado el seguimiento al orden del día de la Comisión de Farmacia del Sector.
4.- Se han seleccionado los Servicios implicados en el uso de biosimilares gestionando con ellos tanto la introducción como la forma de utilización de los mismos.
5.- Una vez introducidas las moléculas el Servicio de Farmacia tiene que gestionar tanto el seguimiento de los fármacos como la trazabilidad de los mismos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de variación de número de pacientes tratados con biosimilares:=>50% ------179%
% de variación del consumo de biosimilares:=>50%----------292%
Nº de pacientes nuevos con EII con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de EII:=>90%----------100%
Nº de pacientes nuevos con AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR:=>20%----------75%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para obtener estos resultados tan altos el equipo ha tenido que coordinarse de manera especial, sobretodo informando y formando a los prescriptores de los fármacos biosimilares con el apoyo de la Dirección del Hospital y estando muy atentos a cualquier desviación que se pudiera producir. Para ello se creo una hoja excell de seguimiento mensual. Este tipo de proyectos requieren un gran esfuerzo para su implementación y un seguimiento continuo que tendrá que seguir aunque se de por finalizado dicho proyecto de gestión.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1401 ========== ***

Nº de registro: 1401

Título
GESTION DE BIOSIMILARES

Autores:
AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MONTOIRO ALLUE RAQUEL, VIÑUALES ARMENGOL CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA, SERRANO VICENTE MARIA CARMEN, ESCOLANO PUEYO ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

## 1. TÍTULO

## GESTIÓN DE BIOSIMILARES

PROBLEMA
En el ámbito hospitalario, los fármacos biotecnológicos son el grupo de medicamentos con mayor tasa de crecimiento en términos económicos. La mayoría de ellos se utilizan en enfermedades graves, muy limitantes y que tienen un coste medio por paciente elevado.
A nivel europeo destacan sobre todo las políticas de financiación y fomento del uso de biosimilares puestas en marcha por los países nórdicos. En 2016 el uso de anti-TNF biosimilares (infliximab y etanercept) en Dinamarca, Noruega y Finlandia alcanzó el 90%, 82% y 61%, respectivamente. La media europea fue del 24% y en España esta tasa fue del 19%.
Desde su salida al mercado, en 2007, los medicamentos biosimilares han sido vistos como un impulso para la contención del incremento del gasto sanitario y, en especial, del gasto farmacéutico. Pero su incorporación se ha encontrado con diversas barreras que, sobre todo, afloraron a raíz de la comercialización de infliximab, primer biosimilar de un anticuerpo monoclonal. De hecho, los biosimilares de somatropina, de epoetinas y de filgrastim se vienen utilizando desde hace años sin que se hayan producido controversias al respecto. Los aspectos más debatidos, como son la inmunogenicidad, la biosimilitud o la intercambiabilidad, no han sido tan cuestionados para estas moléculas como lo está siendo para el biosimilar de infliximab y otros de estructura compleja.
La introducción de medicamentos biosimilares tiene un enorme impacto económico y contribuye a mejorar la gestión de la prestación farmacéutica:
- Se comercializan con importantes reducciones de precio.
- Aumentan la competencia de precios entre sí y con los medicamentos de la misma clase terapéutica.
- Permiten tratar a más pacientes con menor coste.
- Liberan recursos para la incorporación de nuevos tratamientos.

La principal razón para utilizar un biosimilar en lugar del fármaco innovador es la minimización de costes y su contribución a la eficiencia del Sistema Sanitario. La llegada al mercado de biosimilares ha reducido el coste por paciente de los tratamientos.
En España, según estimaciones realizadas por IMS el ahorro acumulativo esperado para el periodo 2016-2020 de 8 medicamentos biosimilares de alto impacto se situaría entre 1.000 millones de euros (reducción de precio 20%) y 2.000 millones de euros (reducción de precio del 40%), lo que contribuiría a la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
SITUCIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA
En el Hospital San Jorge de Huesca en el año 2017 el consumo de fármacos biológicos ha sido de 7.217.619,34 € el 42 % del total de consumo.
Los fármacos biosimilares disponibles son:
- Somatotropina
- Filgrastim
- Infliximab

Los servicios implicados han sido:
- Pediatría (somatotropina)
- Oncología/Hematología (filgrastim)
- Digestivo/Reumatología (infliximab)

El consumo ha sido desigual respecto a los biosimilares que cada Servicio utiliza:
- Oncología y Hematología: 100% biosimilar.
- Pediatría:6,03%
- Digestivo: 36,8 %
- Reumatología: 0%

RESULTADOS ESPERADOS
1.- Formación del personal clínico en el uso de biosimilares.
2.- Favorecer la utilización de biosimilares.
3.- Disminuir el coste de los fármacos biotecnológicos.
4.- Contribuir a la eficiencia del sistema sanitario.

MÉTODO
1.- Formación del personal médico con sesiones en los servicios implicados en este tipo de fármacos.
2.- Charla FORMATIVA /INFORMATIVA en las sesiones generales del Hospital.
3.- Reuniones con la Dirección Médica.
4.- Priorización de Servicios Clínicos y de fármacos biosimilares a incorporar
5.- Seguimiento y trazabilidad de las nuevas moléculas incorporadas.

INDICADORES
INDICADOR/ES: VALOR OBJETIVO 2018
% de consumo de biosimilares respecto al consumo del total de biológicos 2,5%
% de pacientes tratados con biosimilares respecto al total de pacientes tratados con biológicos. 10%
% de variación número de pacientes tratados con biosimilares 18/17 50%
% de variación de consumo de biosimilares 18/17 50%
Nº de pacientes nuevos de AR con biosimilares/nº total de pacientes nuevos de AR. 20%
Nº de pacientes nuevos con enfermedad inflamatoria intestinal con biosimilar/nº de pacientes nuevos totales con EII 90%
Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital Si

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1401

## 1. TÍTULO

### GESTIÓN DE BIOSIMILARES

DURACIÓN
1.- Valorar el impacto de los fármacos biotecnológicos en el Hospital San Jorge de Huesca. (febrero-2018).
2.- Establecer con la Dirección Médica estrategias para la incorporación de biosimilares. (marzo-2018)
3.- Charla formativa/informativa en la sesión general del Hospital (marzo-2018).
4.- Realizar sesiones con los servicios más directamente implicados con dichos fármacos (abril-mayo 2018)
5.- Incorporación de nuevas moléculas (2018-2019).
6.- Trazabilidad de los biosilimares con los aplicativos informáticos de los que disponemos en el Servicio de Farmacia (farmatools y OncoFarm) (2018-2019)
7.- Detección y seguimiento de reacciones adversas a biosimilares. (2018-2019)

OBSERVACIONES
La incorporación al sistema sanitario de fármacos biosimilares es un trabajo de coordinación entre los distintos agentes implicados: equipo directivo, clínicos y farmacéuticos en beneficio de la sostenibilidad del sistema sanitario por lo que requiere una importante labor de formación y de concienciación del personal implicado sin menoscabar la eficacia y la seguridad del tratamiento al paciente.

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0150

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ILDA MARIA MURILLO FLOREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MARCO BETES VICTOR
BORREL RONCALES MERCEDES
BERGUA AMORES CARLOS
LLIMIÑANA ORDAS CARMEN
ALLUE FANTOVA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Revisión de la bibliografía específica sobre tratamiento y seguimiento de estos pacientes: realizada por parte de todos los miembros del equipo de forma continua durante todo el año.

-28 Marzo /19: Sesión clínica general en el Hospital San Jorge donde se presentó la guía de diagnóstico de Mieloma Múltiple y GMSI elaborada en el año 2018 (proyecto de calidad 1084/2018)

REUNIONES MULTIDISCIPLINARES (HEMATOLOGÍA, FARMACIA, NEFROLOGÍA, BIOQUÍMICA):

-Reuniones mensuales (marzo, abril, mayo, junio, septiembre, octubre) de facultativos del grupo de mejora de los Servicios de Hematología y Bioquímica y Enfermera de consulta de Hematología para seguimiento de la guía de diagnóstico: detección de nuevos casos de GMSI y MM.

-Junio 2019: Reuniones del grupo de mejora para definir tratamiento del fracaso renal agudo con especial participación del Servicio de Nefrología.

-Mayo y Junio 2019: -Reuniones de FEA de Hematología con FEA de Farmacia: donde se definieron los protocolos terapéuticos a emplear que se especifican en la guía y se planea la creación de dichos protocolos en el programa ONCOFARM que se describen a continuación:

1. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento de 2ª y sucesivas líneas: Daratumumab + Bortezomib + Dexametasona (DVD) y Daratumumab + Lenalidomida + Dexametasona (DRD): mayo de 2019
2. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento de 1ª línea en pacientes candidatos a trasplante: Daratumumab + Bortezomib + Melfalan + Prednisona: Octubre de 2019.
3. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento: Bortezomib + Ciclofosfamida + Dexametasona (CyBorDex): noviembre de 2019

4. Elaboración en el programa informático ONCOFARM de protocolo de tratamiento de 1ª línea en pacientes no candidatos a trasplante: Bortezomib + Lenalidomida + Dexametasona Lite (VRD lite): Noviembre de 2019
5. Elaboracion de la guia de tratamiento y seguimiento del MM
y GMSI del Sector Huesca: Octubre a Diciembre 2019
6. Envío de la guia a la unidad de Calidad del Sector: Enero de 2020

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Elaboración del protocolo o guía multidisciplinar de manejo del Mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto, tratamiento y seguimiento:

1. Tratamiento de primera línea en paciente candidato a trasplante de progenitores hematopoyéticos: Realizado
2. Tratamiento de primera línea en paciente NO candidato a trasplante de progenitores hematopoyéticos: Realizado
3. Tratamiento de las recaídas, 2ª y sucesivas líneas de tratamiento en paciente candidato o no a trasplante: Realizado
4. Tratamiento de la insuficiencia renal aguda secundaria a riñón del mieloma: Realizado.
5. Presentación de la guía en la Unidad de Calidad: Enviada

- Evaluación de primer año de implementación del Protocolo de Diagnóstico de MM y GMSI, año 2019:

* Número de estudios ampliados desde el laboratorio con sospecha de GM: Cuarenta y dos (42)

*Porcentaje de Gammapatia monoclonal (GM) confirmada con inmunofijación: 70%

-De los 42 estudios ampliados, en 29 casos (70%) se confirma la presencia de una Gammapatía monoclonal y en 13 (30%) no se detecta componente monoclonal (CM)

-De los 29 casos de GM confirmada, en 4 (14%) se confirma enfermedad sintomática que precisan iniciar tratamiento: 2 pacientes con MM IgG kappa, 1 pcte con MM IgA lambda y 1 pcte con MM IgG Lambda con

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0150

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA**

amiloidosis cardíaca). El resto de casos corresponde a diagnostico de GMSI (n=25; 86%)

Descripción de los cuatro casos sintomáticos:
-Paciente que en analítica de urgencias se detecta proteínas totales de 9 g/dL, se amplia estudio con proteinograma, inmunofijación e inmunoglobulinas, se confirma diagnostico, se avisa al paciente y se cita directamente en consulta de Hematología para completar estudio (radiologia, estudio medular, etc).
-Paciente ingresada en Sº de MI, proteinograma con pico monoclonal, se amplió estudio con inmunoglobulinas e inmunofijación, se confirma diagnostico y se notifica a Sº responsable, se realiza estudio medular durante ingreso y seguimiento en consulta externa.
-Paciente que en analítica solicitada por Sº de Cardiología se detecta CM, se añade inmunofijación e inmunoglobulinas, se confirma la presencia de una GM, Cardiología deriva para descartar Amiloidosis.
-Paciente a quien desde consulta de MI le solicitan proteinograma, ante hallazgo de CM, se amplia estudio con inmunofijación, inmunoglobulinas y cadenas ligeras en suero confirmando diagnostico de mieloma multiple, se cita paciente en consulta de Hematología para completar estudio.

*Porcentaje de nuevos casos de Mieloma Múltiple sintomático detectados gracias a la implantación del protocolo de diagnostico: 100%

Esto quiere decir que durante el año 2019, en el sector de Huesca de diagnosticaron 4 nuevos casos de Mieloma Multiple sintomático y TODOS fueron captados a traves de la implementación de la guía de diagnostico existente.

*Porcentaje de utilización de perfiles de pruebas de diagnostico en pacientes con sospecha de gammapatia monoclonal: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Se ha logrado estandarizar las pruebas diagnosticas necesarias en los pacientes con sospecha de gammapatia monoclonal.
-El trabajo interdisciplinario ha sido muy interesante y enriquecedor.
-La elaboración de protocolos de tratamiento en ONCOFARM facilita la prescripción de los tratamientos y minimiza la posibilidad de errores.
-Se ha logrado captar y diagnosticar de forma rápida pacientes con hemopatía que precisaban tratamiento y que otra forma es posible que se hubiese retrasado diagnostico hasta que presentara complicaciones o manifestaciones graves de su enfermedad.
-Como punto negativo, aunque la guía ayudará en la toma de decisión del tratamiento de estos pacientes, sigue siendo necesario realizar la solicitud de tratamiento individualizado ante comité autonómico del medicamento, así se trate de medicamentos con indicación en ficha técnica y aprobación por la agencia española del medicamento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/150 ========== ***

Nº de registro: 0150

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA . 2019

Autores:
MURILLO FLOREZ ILDA MARIA, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MARCO BETES VICTOR, BORREL RONCALES MERCEDES, BERGUA AMORES CARLOS, LLIMIÑANA ORDAS CARMEN, ALLUE FANTOVA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0150

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE MANEJO DE MIELOMA MULTIPLE Y GAMMAPATIAS MONOCLONALES DE SIGNIFICADO INCIERTO EN EL SECTOR SANITARIO DE HUESCA**

afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el año 2018 iniciamos el desarrollo de éste proyecto con el "Protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Mieloma Múltiple (MM) y Gammapatías monoclonales de significado incierto (GMSI)" con importantes avances, logrando elaborar protocolo de diagnóstico y guía de acogida para pacientes, durante este año, la propuesta es, dando continuidad al proyecto anterior, elaborar el protocolo de tratamiento y seguimiento de estas patologías con un equipo interdisciplinar. Aunque son muchos los especialistas que en un momento dado pueden estar involucrados en el manejo de estos pacientes, este protocolo incluirá, especialmente los Servicios de Nefrología y Farmacia.
Contar con una guía de manejo de estos pacientes, de un lado permitará disminuir la variabilidad en la práctica clínica y de otro garantizar una adecuada canalización de los esfuerzos que precisa su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo fundamental es culminar la elaboración del protocolo o guía multidisciplinar de manejo del MM, enfocado ya en el tratamiento y seguimiento de los pacientes afectos de mieloma múltiple y gammapatía monoclonal de significado incierto.
Pretendemos definir claramente los tratamientos a emplear en primera línea, de acuerdo con la edad, comorbilidades y estado general del paciente que permite definir si es candidato o no a consolidación con trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos; y los protocolos a utilizar en líneas posteriores, durante las recaídas, de tal manera que se estandarice la práctica clínica para el manejo de estos pacientes.
También pretendemos con este proyecto definir las recomendaciones del tratamiento agudo del paciente con MM que debuta con fracaso renal agudo, hecho que implica un peor pronóstico y una mayor morbilidad para el paciente, en este sentido la coordinación con el Sº de Nefrología es fundamental dado que estos pacientes pueden requerir terapia sustitutiva renal específica con filtros de alto cutt off (Theralite) para la prevención del daño renal irreversible.
Finalmente, dado que en esta patología las recaídas son frecuentes y los tratamientos conllevan una serie de posibles efectos secundarios, pretendemos definir la estrategia de seguimiento más adecuada que permita tanto una detección precoz de la recaída como de las complicaciones relacionadas con los tratamientos.
De otra parte, pretendemos evaluar la aplicación del protocolo diagnóstico realizado en 2018 y que ha empezado a ponerse en práctica este año.

MÉTODO
-Revisión de la bibliografía específica sobre tratamiento y seguimiento de estos pacientes.
-Reuniones multidisciplinares (Hematología, Farmacia, Nefrología, Bioquímica) para discutir la información disponible y decidir la estrategia terapéutica a adoptar.
-Consensuar, dentro de las opciones de tratamiento disponible, los protocolos que se utilizaran en cada caso para el manejo de esta patología.

INDICADORES
-Elaboración de la guía de tratamiento y seguimiento Mieloma Multiple y GMSI: Indicador: Elaborada SI o NO.
-Evaluación de indicadores de evaluación del protocolo de diagnostico de MM y GMSI.

DURACIÓN
-Marzo a Julio de 2019: Reuniones de consenso. Presentación de la guía de diagnostico en Sesión general del Hospital San Jorge.
-Septiembre a Octubre 2019: Elaboración de la guía de tratamiento y seguimiento y presentación ante Unidad de Calidad ·
-Noviembre – Diciembre 2019: Evaluación de aplicación de guía de diagnóstico de MM.

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 - 2019/0318

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VICTOR MARCO BETES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARCO AMIGOT JOSE JAVIER
MURILLO FLOREZ ILDA
LACALLE AICUA LAURA
LEZA BRUIS DIANA
AMADOR RODRIGUEZ PILAR
TORRES SOPENA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Descripción de microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematológico año 2018 y 2019. Valoración de hemocultivos positivos informados. Tras reunión con Servicio de Microbiología en Enero 2020. Datos recogidos en Tabla excel 1.
2. Resumen del consumo de antibióticos en Hematología años 2017-2018-2019. Tras reunión con Servicio de Farmacia en Enero 2020. Datos recogidos en Tabla excel 2.
3. Realización de protocolo de diagnóstico y manejo del paciente hematológico con neutropenia febril en Urgencias y Hospitalización y Aceptación del protocolo por la Comisión de Infecciones en el año 2019. Tras reuniones realizadas los días 24/09/2019, 26/11/2019 y 17/Dic/2019. Material: Protocolos enviados a Calidad en Diciembre 2019.
4. Comprobación de porcentaje de pacientes en los que se ha desescalado antibiótico desde marzo 2019. Tras valoración de los pacientes hematológicos ingresados con Neutropenia febril durante el años 2019. Datos recogidos en Tabla excel 3.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Tabla Excel 1. Los datos hacen referencia a los microorganismos aislados en sangre en pacientes hematológicos tanto con neutropenia como sin neutropenia. Hemos recogido los datos del año 2018 y 2019, para intentar que la muestra sea mayor. A partir de aquí, veremos cómo puede influir en un futuro el protocolo realizado en relación a los gérmenes aislados.
-Año 2018: De 61 muestras de sangre enviadas a microbiología en 12 muestras (el 20%) se demuestra germen en los dos hemocultivos realizados: 7 pertenecen a Gram positivos y 5 a Gram negativos. No se detectaron organismos resistentes.
-Año 2019: de 79 muestras de sangre enviadas a microbiología en 10 muestras (el 13%) se demuestra germen en los dos hemocultivos realizados: 4 pertenecen a Gram positivos y 6 a Gram negativos (de estos 3 son BLEE, productores de Beta-lactamasas de espectro extendido y, pertenecen al mismo paciente).
Hace unos años, predominaban los Gram positivos sobre los Gram negativos. Actualmente esta tendencia se está igualando, al aumentar los gram negativos y los gérmenes resistentes (p.e BLEE). Aunque nuestros datos son muy pequeños, será interesante conocer la evolución de nuestra epidemiología en los pacientes hematológicos para poder diseñar pautas de tratamiento más adecuadas a nuestra epidemiología.
-Desde el Servicio de Microbiología se me confirma que el 100% de los hemocultivos están informados. Tienen disponible los datos si se cree necesario.
2. Tabla Excel 2. El mayor consumo de ATB en 2017 coincide con el diagnóstico (algo excepcional) de una mucormicosis que conlleva un alto gasto de tratamiento antifúngico. Dada la incipiente introducción del protocolo, a fecha de hoy no podemos sacar conclusiones en relación al consumo de antibióticos, dado que influyen muchos factores que pueden interferir en los resultados. Uno de los objetivos a más largo plazo será valorar el consumo de antibióticos tras la implantación del protocolo. .
3. Protocolos realizados. En diciembre 2019 se aceptan de forma definitiva los dos protocolos por la Comisión de infecciones y se remite a Comisión de Calidad para su aprobación. Son unos protocolos realizados en función de nivel de evidencia de las guías nacionales e internacionales y adaptado a las características estructurales y epidemiológicas de nuestro Hospital.
4. Tabla Excel 3. Durante todo el año 2019 se ha recogido datos del tipo de infecciones de los pacientes hematológicos con neutropenia y se ha valorado el manejo con antibióticos (duración de antibioterapia, desescalado..) y la mortalidad relacionada con la infección.
En el año 2019, de los 22 episodios de infección recogidos en pacientes con neutropenia, se ha desescalado antibiótico en 12 episodios (54%). En los episodios en los que se ha realizado desescalado de antibiótico la duración de la neutropenia es claramente inferior a la de los episodios en los que no se ha desescalado y el número de antibióticos empleados en tratar la infección también es inferior. El objetivo a largo plazo es ver si aplicando correctamente los protocolos elaborados mejoramos el desescalado de antibióticos también en pacientes con neutropenia de larga duración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la elaboración de los protocolos podremos ver cómo pueden influir en cuanto al correcto diagnóstico de los procesos infecciosos y a su manejo adecuado y como puede repercutir a nivel económico en el consumo de antibióticos y en las resistencias antimicrobianas.
Creemos que con los protocolos estarán mejor valorados y tratados nuestros pacientes y disminuirá la presión

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0318

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION**

antibiótica con lo que ello supone de mejora a nivel económico y de menores resistencias de gérmenes.

7. OBSERVACIONES.
Tengo a vuestra disposición las Tablas Excel 1, 2 y 3. Así como los protocolos elaborados (que ya remití a Calidad). Desconozco si hay alguna forma para poder adjuntarlos a esta memoria.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/318 ========== ***

Nº de registro: 0318

Título
PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION

Autores:
MARCO BETES VICTOR, MARCO AMIGOT JOSE JAVIER, MURILLO FLOREZ ILDA, LACALLE AICUA LAURA, LEZA BRUIS DIANA, AMADOR RODRIGUEZ PILAR, MILLAN ACERO ANA ROSA, TORRES SOPENA LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El riesgo y el tipo de infecciones en el paciente hematológico está cambiando y cada vez se hace más complicado su manejo, de tal forma que las infecciones en estos pacientes constituyen una de las principales causas de muerte. Esto es debido a: la introducción de protocolos de quimioterapia más intensivos que originan neutropenias más profundas y duraderas, que dañan severamente las mucosas de los pacientes y que precisan para su administración catéteres venosos centrales con la consiguiente rotura de barreras defensivas; al aumento de nuevos tipos de Alo-TPH de médula ósea, que conllevan mayor riesgo de complicación infecciosa y de microorganismos oportunistas; al amplio uso de anticuerpos monoclonales y de otros agentes biológicos que alteran la inmunidad del paciente; la mayor edad del paciente y al aumento de sus comorbilidades y al aumento de microorganismos multirresistentes debido
principalmente al uso inadecuado de antibióticos
Es importante que los facultativos que atendemos este tipo de pacientes sepamos realizar un correcto diagnóstico de la infección y un manejo adecuado del tratamiento
La intención de este protocolo es revisar la información y nivel de evidencia existente en las diferentes guías de consenso internacionales y nacionales sobre el paciente hematológico con neutropenia febril y realizar una serie de
recomendaciones y normas de manejo que nos sirvan para tratar adecuadamente estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir aprobación del protocolo referido. Los pacientes o población diana a los que se dirige este proyecto es a todos los pacientes hematológicos con neutropenia que presenten un cuadro febril y que acudan al Servicio de Urgencias o que estén en Hospitalización de nuestro Hospital. Los Servicios implicados en este proyecto son todos aquellos que contribuyan de alguna medida en el diagnostico o tratamiento de estos pacientes (los Servicios de Hematología, Urgencias, Microbiología y Farmacia)

MÉTODO
Realización de protocolo de diagnóstico y manejo del paciente hematológico con neutropenia febril en función de nivel de evidencia de las guías nacionales e internacionales y adaptado a las características estructurales y epidemiológicas de nuestro Hospital.
Consensuar dicho protocolo con los Servicios de Hematología y Urgencias y conseguir la aprobación del mismo por la Comisión de Infecciones.
Realizar reuniones multidisciplinares para valorar cumplimiento de indicadores marcados.

INDICADORES
Descripción microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematológico año 2018

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0318

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL PACIENTE HEMATOLOGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS Y EN HOSPITALIZACION**

Consumo de antibióticos en Hematología años 2017-2018
Hemocultivos positivos informados igual o superior al 80% año 2018
Aceptación del protocolo por la Comisión de Infecciones en el año 2019
Comprobación de porcentaje de pacientes en los que se ha desescalado antibiótico desde marzo 2019

DURACIÓN
Marzo-2019: Recogida microorganismos aislados en el Hospital en paciente hematológico en año 2018. Inicio recogida de datos de tratamientos antibióticos desescalados en pacientes hematológicos.
Abril-2019: Elaboración de protocolo.
Junio-2019: Presentación del protocolo ante la Comisión de Infecciones para valorar su aprobación.
Septiembre-2019: Realizar las modificaciones oportunas del protocolo tras revisión por la Comisión de Infecciones para que pueda ser aprobado.
Octubre-2019: Publicación del protocolo en la intranet del Sector de Huesca.
Noviembre-diciembre 2019: reuniones multidisciplinares con los Servicios para valoración de los indicadores marcados

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 - 2019/0698

## 1. TÍTULO

**REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA LACALLE AICUA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ MORENO PABLO
TALAL EL-ABUR ISSA
CASTILLO JEREZ MARCELA
MUÑOZ MANUEL
CAMINO GUIU MARIA JESUS
CEBOLLERO MATA MARISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los anticoagulantes orales de acción directa (Pradaxa, Edoxaban, Rivaroxaban y Apixaban) son en la actualidad una de las opciones terapéuticas en cuestión de anticoagulación, principalmente para los pacientes afectos de fibrilación auricular, pero también aquellos que padecen enfermedad tromboembólica.
Si bien estos fármacos no precisan controles de INR (como es preciso en los anti-vitamina K), ni en general ajustes de dosis a corto plazo, sí precisan controles clínicos y analíticos.

El S. de Hematología y Hemoterapia del Hospital San Jorge de Huesca, posee desde hace años una consulta especializada en hemostasia, con enfermería especializada, cuya intención es realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados en el Sector Huesca e implementar un circuito de derivación y seguimiento.

Gracias al programa informático instalado en septiembre del 2019 (GOTA®), hemos podido comenzar el registro de todos aquellos pacientes que se encuentran anticoagulados, independientemente del fármaco que tengan prescrito. Gracias a este registro, hemos dado comienzo al seguimiento de estos pacientes de cara a asegurar cumplimiento terapéutico y control de las posibles complicaciones que pudieran aparecer (eventos trombóticos y/o hemorrágicos).

Para ello, ha sido por otro lado imprescindible generar una nueva agenda de trabajo (Hematología alta resolución), en aras de estar a disposición del resto de especialidades del hospital y dar soporte a estos pacientes de cara al manejo de los procedimientos quirúrgicos.

Por tanto, a día de hoy, el hospital San Jorge dispone de una consulta especializada en anticoagulación asociada a una nueva agenda de trabajo (que permite la informatización de todo el trabajo realizado), que pretende dar servicio al resto de especialidades médico-quirúrgicas y a todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca (tanto con dicumarínicos como anticoagulantes de acción directa).

Los pacientes que inician el tratamiento anticoagulante reciben información tanto verbal como por escrito del fármaco que toman, las posibles interacciones farmacológicas, la dosis y la forma de la toma, el posible riesgo hemorrágico y los signos de alarma a los que se debe prestar atención.
Posteriormente, todos ellos reciben una cita de seguimiento, en la que se realiza una entrevista clínica y una nueva extracción analítica.
Consideramos que esta consulta, es una oportunidad para dar formación a los pacientes sobre el anticoagulante de acción directa y aumentar así la adherencia al tratamiento, pero también nos permite a los facultativos controlar las posibles complicaciones de estos pacientes y sobre todo aumentar la seguridad clínica.

* Material realizado para el desarrollo del proyecto.
- Hoja de trabajo para enfermería para el seguimiento para pacientes anticoagulados con anticoagulantes de acción directa.
- Hoja de consulta específica para pacientes anticoagulados.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Eliquis.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Lixiana.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Xarelto.
-Recomendaciones para el paciente en tratamiento con Pradaxa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La intención del proyecto ha sido establecer de forma intrahospitalaria un circuito para que de forma multidisciplinar pudiéramos tener un control adecuado de todos los pacientes anticoagulados. Por este motivo consideramos importante el trabajo que se ha llevado a cabo durante estos meses, en aras de organizar y establecer el circuito de derivación.

Los resultados que se exponen a continuación son los resultados estadísticos obtenidos tras la informatización (GOTA®) y registro de los pacientes (septiembre 2019).

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0698

## 1. TÍTULO

**REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Todos los pacientes valorados en la consulta han recibido educación sanitaria por parte de enfermería y se ha realizado un seguimiento tanto clínico como analítico según los tiempos establecidos. Todos los pacientes se encuentran registrados y se ha cumplimentado la ficha de recogida de datos correctamente.

El número de pacientes que han iniciado tratamiento anticoagulante oral en el Hospital San Jorge (desde la fecha previamente indicada) y se han registrado en nuestra consulta ha sido de 91. De todos ellos han iniciado tratamiento con anticoagulante de acción directa un total de 26 pacientes.
De los pacientes que han iniciado tratamiento anticoagulante de acción directa, 16 de ellos previamente se encontraban en tratamiento con Acenocumarol.

1. Nº pacientes anticoagulados de novo con AVK/ nº total de pacientes anticoagulados de novo. 65/91 (71%)
2. Nº pacientes anticoagulados de novo con ACOD/ nº total de pacientes anticoagulados de novo. 26/91 (29%)
3. Nº de pacientes anticoagulados de novo con ACOD que han precisado cambio de tratamiento anticoagulante/ nº total de pacientes anticoagulados de novo. 16/26 (61%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos imprescindible el trabajo que se realiza en la consulta de hemostasia del servicio de Hematología, dado que es necesario que haya un lugar de referencia a donde tanto facultativos como pacientes puedan dirigirse para cualquier consulta en anticoagulación.
Es evidente que los anticoagulantes de acción directa son una opción terapéutica eficaz en indicación y presente en la actualidad, y que se maneja en el día a día desde cualquier servicio hospitalario.
Por ello, considero que como facultativos de hematología tenemos la obligación de implementar un circuito multidisciplinar de cara a ofrecer nuestro conocimiento y nuestro apoyo al resto de facultativos en temas referentes (entre otros) a la hemostasia y en especial aquellos temas en relación con los pacientes anticoagulados, que en general son pacientes frágiles y complicados.
Por ello, hemos conseguido iniciar e introducir en nuestra rutina de trabajo diaria la atención a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes de acción directa y hemos conseguido darle continuidad al proyecto que considerábamos imprescindible y de vital importancia para asegurar una asistencia correcta a todos estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/698 ========== ***

Nº de registro: 0698

Título
REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
LACALLE AICUA LAURA, SANCHEZ MORENO PABLO, TALAL EL-ABUR ISSA, CASTILLO JEREZ MARCELA, MUÑOZ MANUEL, CAMINO GUIU MARIA JESUS, CEBOLLERO MATA MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anticoagulación
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es un hecho que la población de pacientes anticoagulados es cada vez mayor y en muchas ocasiones se trata de pacientes pluripatológicos que deben ser atendidos por diversas complicaciones en cualquier servicio hospitalario.

Consideramos que es imprescindible crear un registro de todos estos pacientes de cara a seguimiento clínico y sobre todo de cara a poder recibir tratamiento adecuado en complicaciones hemorrágicas y/o trombóticas.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0698

## 1. TÍTULO

### REGISTRO Y ADECUACION DEL CIRCUITO DE DERIVACION AL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, DE LOS PACIENTES ANTICOAGULADOS QUE PRECISEN SEGUIMIENTO, EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Desde el S. de Hematología, queremos implantar un registro y realizar un seguimiento de estos pacientes anticoagulados hospitalizados o ambulatorios (con cualquier anticoagulante oral o parenteral) para valorar el cumplimiento terapéutico y el control de posibles complicaciones.

Ya contamos con la ventaja de disponer una consulta de enfermería específica para los pacientes anticoagulados y dispuesta al resto de especialidades para atender cualquier cuestión en el manejo de los pacientes anticoagulados, en aras de conseguir mayor seguridad clínica para estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ser centro de referencia en anticoagulación en el Sector de Huesca.
2. Realizar un registro de todos los pacientes anticoagulados del sector de Huesca.
3. Formar a los pacientes sobre las indicaciones, precauciones, complicaciones de la anticoagulación oral con AVK y ACOD y mejorar el cumplimiento terapéutico.
4. Realizar controles analíticos y clínicos de cara al ajuste de dosis de los ACODs.
5. Controlar eventos trombóticos y hemorrágicos en pacientes anticoagulados.

MÉTODO
1. Establecer mediante un protocolo de derivación, un circuito intrahospitalario, para que aquellos pacientes que inician un anticoagulante oral, o precisen cualquier tipo de seguimiento (clínico, analítico o terapia puente...) sean fácilmente remitidos al Servicio de Hematología.
2. Elaboración del registro de pacientes anticoagulados.
3. Cumplimentación de las fichas de pacientes y educación sanitaria por parte de enfermería.
4. Se realizará una primera visita a los pacientes en la consulta de enfermería de anticoagulación, los cuales se canalizarán a través de la nueva hoja de consulta.

INDICADORES
1. Nº pacientes anticoagulados de novo con AVK/ nº total de pacientes anticoagulados de novo.
2. Nº pacientes anticoagulados de novo con ACOD/ nº total de pacientes anticoagulados de novo.
3. Nº de pacientes anticoagulados de novo que han precisado cambio de tratamiento anticoagulante/ nº total de pacientes anticoagulados de novo.

DURACIÓN
En marzo del 2019 entrega del protocolo de derivación del paciente anticoagulado.
Una vez aceptado por la comisión de Calidad, implementar todo el material redactado para este propósito y facilitarlo al resto de facultativos.
En abril del 2019 abrir una agenda de trabajo para la consulta de anticoagulación.
En mayo del 2019 inicio de citación de pacientes.

OBSERVACIONES
Los registros previamente expuestos se podrán realizar si se implementa el sistema informático adecuado para dicho propósito (ya aprobado y pendiente de instalar).

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 - 2019/1373

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 21/02/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA SECORUN PACO
· Profesión ..... TEL
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARBAJOSA RODRIGUEZ CINTA
SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA
MARTINEZ LOPEZ MARIA CONCEPCION
GONZALEZ RIOS ISABEL
LOPE ANDREU LAURA
GUISERIS ANDRES SUSANA
ALBA ANDRES MARIA LUZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZA UNA PRIMERA REUNION EL 8 DE ABRIL PARA COMUNICAR EL OBJETIVO A TODO LOS TEL DEL SERVICIO DE HEMATOLOGIA Y HEMATOLOGOS. SE REALIZA UN PLANING CON CRONOGRAMA A SEGUIR Y OBJETIVOS A ALCANZAR. SE FIJA LA SIGUIENTE REUNION PARA EL DIA 26 DE ABRIL.
EN LA SIGUIENTE REUNION, SE REALIZA UN BORRADOR IN SITU, ELABORADO POR TODOS LOS TEL Y HEMATOLOGOS PRESENTES, CON LAS PRINCIPALES TAREAS DEL TEL DE LA SECCION.
EN TODAS LAS REUNIONES SE REALIZA ACTA Y SE REGISTRA LA ASISTENCIA.
SE FIJA REUNION PARA EL DIA 21 DE MAYO PARA CONCRETAR TAREAS FINALES Y APORTAR NUEVAS ACCIONES.
REUNION DEL 21 DE MAYO 2019, SURGEN NUEVAS ACCIONES, SE CORRIGEN Y ELIMINAN TAREAS.
SE FIJA REUNION PARA EL 11 DE JUNIO.
11 DE JUNIO 2019, SE PRESENTAN LOS BORRADORES DEFINITIVOS, YA CORREGIDOS POR LOS HEMATOLOGOS, SE DETERMINA LA ELABORACION DE UN DOCUMENTO PARA UBICAR EN CADA SECCION:
-HEMOGRAMAS Y VELOCIDADES DE SEDIMENTACION
-COAGULACION CON LAS PRUEBAS BASICAS,
-BANCO DE SANGRE CON LA RUTINA DIARIA
SE FIJA LA PRESENTACION PARA EL 18 DE SEPTIEMBRE
REUNION FINAL EL 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2019, SE FIJAN LOS SITIOS EXACTOS DONDE SE VAN A UBICAR LOS PROCEDIMIENTOS ESCRITOS EN PAPEL:
SECCION DE HEMOGRAMAS Y VSG
SECCION DE COAGULACION
SECCION DE BANCO DE SANGRE
SE CREA UNA CARPETA EN LOS ORDENADORES DE LAS SECCIONES PARA PODER CONSULTAR.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN OCTUBRE CON LA INCORPORACION DE NUEVOS TEL POR INCIDENCIAS DE BAJAS POR ENFERMEDAD SE LES PROPORCIONAN LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN LAS DIFERENTES SECCIONES.
LA AYUDA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO LA CALIFICAN DE MUY BUENA, PUES LOS PROCEDIMIENTOS SON CLAROS, ESCUETOS Y PRACTICOS.
SE PASA LA ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS TEL DE NUEVA INCORPORACION QUE SE ADJUNTA EN EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS TEL NUEVOS TAMBIEN APORTAN MATICES IMPORTANTES QUE SE DOCUMENTARAN EN LA REVISION DEL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO ESTE AÑO 2020, CUANDO ADEMAS ESTEMOS UBICADOS EN EL NUEVO LABORATORIO

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1373 ========== ***

Nº de registro: 1373

Título
ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
SECORUN PACO CRISTINA, CARBAJOSA RODRIGUEZ CINTA, SANCHEZ ROMERA MARIA SALVADORA, MARTINEZ LOPEZ MARIA CONCEPCION, GONZALEZ RIOS ISABEL, LOPE ANDREU LAURA, GUISERIS ANDRES SUSANA, ALBA ANDRES MARIA LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1373

## 1. TÍTULO

### ELABORACION DE 3 PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

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

PROBLEMA
En el servicio de hematología y hemoterapia del Hospital SanJorge, no hay procedimientos de trabajo de las distintas secciones, cuando debido a incidencias, bajas por enfermedad, sustituciones de verano, renuncias por mejora de empleo, etc, viene un T.E.L. nuevo, se tiene que reforzar en su aprendizaje con notas que son dependientes del T.E.L. que le explica el puesto de trabajo, lo cual puede llevar errores en la percepción de la información.

RESULTADOS ESPERADOS
Realización de un procedimiento de trabajo para las secciones de hemogramas y V.S.G, coagulación y Banco de Sangre. Los T.E.L. de nueva incorporación deben tener un soporte, bien en papel o en el ordenador en una carpeta, en el cual se puedan apoyar para resolver dudas y les sirva de guía en el aprendizaje.

MÉTODO
El T.E.L. responsable de la sección elaborara un borrador describiendo sus tareas diarias, mantenimientos de los aparatos, reactivos de uso, localización de reactivos, introducción de datos en el SIL ....., se pasara a el resto de T.E.L. para que apunte sugerencias, nuevas acciones, etc. Se consensuarán entre todos los T.E.L. del servicio de hematología y finalmente serán evaluados por los hematólogos y será aprobado por el jefe de servicio.

INDICADORES
Al finalizar el año:
El 90 % del personal T.E.L. deberá haber asistido al 80% de las reuniones de puesta en común de los procedimientos.
Elaboración mínima 2 procedimientos de trabajo.
Se elaborará una encuesta de satisfacción para los T.E.L. de nueva incorporación.

DURACIÓN
De mayo a Junio, elaboración de borradores de cada sección.
Julio, Agosto y Septiembre repaso de los borradores por los diferentes T.E.L.
Octubre, 2 reuniones una para puesta en común y otra para conclusiones. Elaboración de la encuesta.
Noviembre, lectura y aprobación o modificación por parte de los hematólogos.
Diciembre, aprobación e impresión en papel de los procedimientos y colocación en los distintos puestos de trabajo en una carpeta accesible en el ordenador de cada sección.
De Enero a Julio del 2020, encuesta de satisfacción de los T.E.L. de nueva incorporación.
Agosto 2020 conclusiones y valoración de la encuesta

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 - 2019/0306

## 1. TÍTULO

## MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LORENA FORTUÑO MORANTE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALLEN SALVATIERRA MONICA
MALON MARCO AMAYA
SANCHEZ LANUZA MAR
LAIRLA MORLANS LORENZO
LIESA PELAY LORENA
ANORO CASBAS MARIA JOSE
FERNANDEZ RUIZ ALEXIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El periodo comprendido entre septiembre y noviembre de 2019, se elaboró una base de datos, para ello, fueron necesarias varias reuniones del personal implicado en este proyecto.

Se recogieron datos de forma retrospectiva de 35 historias clínicas de todos los pacientes fallecidos en la unidad durante el periodo comprendido entre 12-febrero y 12 de junio de 2019, valorando la situación terminal a los 5 y 3 días previos al exitus.

Las variables utilizadas fueron las siguientes. Tratamiento médico, donde se incluyó la administración de antibioterapia, sueroterapia, heparina subcutánea, quimioterapia, nutrición parenteral, diálisis, transfusión sanguínea y otros tratamientos médicos. Realización de pruebas complementarias, donde se tuvo en cuenta la realización de analíticas sanguíneas, TAC, radiografías, Ecografías y gastroscopias. Técnicas y cuidados de enfermería, recogiendo las siguientes, oxigenoterapia, realización de curas, cambios posturales, aspiración de secreciones, realización de sondajes, toma de constantes vitales y disposición de habitación individual. La ultima variable recogida fue la existencia o no de sedación y en su caso cuando fue iniciada y la dosis de esta.

El mes de diciembre de 2019, se procedió a la revisión del protocolo de manejo de cuidados paliativos en los últimos días de vida: Atención en la agonía. Como documento de referencia, se utilizo la Guía de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

En enero de 2020 se llevo a cabo una sesión clínica informativa para dar a conocer la situación existente de los cuidados paliativos en el final de la vida en nuestra unidad, ya que esta dista bastante de lo que se conoce como cuidados de calidad, donde el bienestar y confort tanto del paciente como de su familia han de ser el objetivo principal. Se invito a su asistencia tanto al personal de enfermería de la unidad como al equipo médico, incluyendo a Cardiólogos, Neurólogos, Oncólogos, Internistas, Nefrólogos y neumólogos.
La sesión clínica, fue impartida por Lorenzo Lairla. Tuvo una duración de 30 min aproximadamente y como herramientas de trabajo se utilizó una presentación Power point.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados:
- Llevar a cabo unas actividades asistenciales de calidad en aquellos pacientes que se encuentren en fase terminal de la vida, aumentando así su confort y bienestar.
- Mejorar el gasto sanitario, reduciendo las intervenciones terapéuticas y diagnosticas innecesarias.
- Actualización del protocolo del paciente terminal existente en la unidad.

Tras la realización del análisis estadístico de las variables demográficas utilizadas para la elaboración de la base de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

En lo referido al tratamiento administrado en la fase terminal del paciente, observamos que el 23% de la población estudiada recibe un antibiótico a los cinco días de su fallecimiento, este porcentaje se ve aumentado a los 3 días previos a su fallecimiento con un 31%. En lo referente a la administración de Heparina SC El 43% de los estudiados la recibe tanto en a los 5 como a los 3 días previos al exitus. Otro dato destacable es que el 57% y el 9% de la población reciben Sueroterapia endovenosa y transfusión sanguínea respectivamente en los tres días previos al fallecimiento.

En lo referente a la realización de pruebas complementarias, el dato mas destacable es la elaboración de analítica sanguínea ya que el resultado a los 5 días es del 23% viéndose este aumentado notablemente a los 3 días previos al fallecimiento con un 60%. En segundo lugar, quedan la realización de Rx y TAC con un 34% y 14% respectivamente en los 3 días previos.

El bienestar y confort del paciente es nuestro objetivo. Y en lo que a técnicas y cuidados de enfermería se refiere, observamos que la toma de constantes por turno se realiza en un 46%, la colocación de un sondaje un 26% y la administración de oxígeno con un 63%, datos que se observan aumentados conforme nos acercamos al

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0306

## 1. TÍTULO

## MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

final de la vida del paciente. La aspiración de secreciones que se considera una técnica invasiva y contraindicada se ve aumentada de un 3% a un 17% de los 5 a los 3 días respectivamente.

En lo referente a la sedación que recibe el paciente todavía observamos que hay un porcentaje alto de personas que no la reciben, un 26% es su resultado tras el análisis de nuestros datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El trabajo diario desarrollado en la unidad dista bastante de lo que son unos cuidados paliativos de calidad. En el que el confort y bienestar del paciente debería ser el objetivo principal.

Además, el alto porcentaje que todavía existe en la realización de intervenciones diagnósticas y terapéuticas al final de la vida acarrea un gasto sanitario innecesario.

Ambas situaciones pueden cambiar intentando llevar a cabo programas de formación de calidad asistencial a las diferentes profesiones sanitarias.

Por todo ello y tras la sesión clínica impartida, se ha propuesto llevar a cabo unas charlas formativas con la unidad de paliativos, con la finalidad de concienciar a los sanitarios de como ejecutar unos cuidados de calidad ante el paciente terminal en el área de la hospitalización

7. OBSERVACIONES.
Algunos miembros del equipo de mejora se modificaron producto de una baja laboral o movilidad a otro centro o servicio. En su lugar se conto con Lorena M Fortuño Morante, enfermera de la 6ª planta, quien pasa a ser responsable del equipo.

Actualmente, el protocolo de manejo del paciente en el final de la vida, continua pendiente de modificación y actualización.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/306 ========== ***

Nº de registro: 0306

Título
MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

Autores:
CALLEN SALVATIERRA MONICA, ANORO CASBAS MARIA JOSE, MALON MARCO AMAYA, SANCHEZ LANUZA MAR, COLUMBRERE AZNAR ISABEL, LAIRLA MORLANS LORENZO, LIESA PELAY LORENA, FERNANDEZ RUIZ ALEXIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
En nuestra practica diaria en la planta 6ª del hospital San Jorge observamos que la situación clínica del paciente al final de la vida difiere con las intervenciones diagnosticas y terapéuticas aplicadas, repercutiendo en el bienestar del paciente y en el gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar la indicación de las intervenciones diagnosticas y terapéuticas en los pacientes terminales que fallecen hospitalizados en los servicios de neurología,cardiología,neumología,nefrología, oncología médica y de cualquier otra especialidad ingresada en nuestra unidad.

MÉTODO
Reuniones periódicas del grupo de trabajo.
Recogida de datos de manera retrospectiva creando una base de datos en la que se recogen variables

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0306

## 1. TÍTULO

## MANEJO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN EL FINAL DE LA VIDA

demográficas, pruebas complementarias y tratamientos.
Realización de una sesión clínica informativa a distintos profesionales sanitarios.

INDICADORES
% de pacientes con un esquema terapéutico y de cuidados adecuado a la situación clínica del paciente.
% de pacientes a los que se les realiza una prueba complementaria no indicada.

DURACIÓN
La recogida de datos se realizará durante un periodo de cuatro meses ( desde el 12 de febrero del 2019 al 12 de junio de 2019),valorando la situación del paciente a los cinco días, 3 días y 24 horas previas al fallecimiento del paciente.
Análisis de los datos durante cuatro meses.
Sesión clínica informativa en noviembre-diciembre.

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 - 2019/0907

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA PABLO JULVEZ
· Profesión ..... TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTERO ALONSO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La intranet del Sector de Huesca, así como las del resto de hospitales y atención primaria ha ido creciendo y ampliando su contenido llegando a ser una valiosa fuente de recursos a donde acuden los profesionales. Sin embargo, algunos contenidos se encuentran desactualizados y/o obsoletos. Resulta precisa la definición de un protocolo que establezca su retirada o sustitución, según proceda; El actual proceso de publicación necesita de permiso expreso, sin embargo, en caso de concederse no se establece o indica ubicación, período de vigencia u otra información de interés, etc. Lo cual conduce a un complejo mantenimiento del contenido, que en ocasiones deriva en tener publicada más información de la precisa al no ser ni actual ni vigente.

- Abril a noviembre 2019 – Se ha realizado el estudio de los distintos epígrafes/secciones de las intrantes. Se han identificado a los responsables de los contenidos incluidos en las secciones. En una reunión/entrevista con cada uno de ellos se ha planteado la problemática concreta y se han acordado acciones y pautas de actuación y mantenimiento del contenido implicado. En concreto, las actuaciones realizadas han sido: Revisión del contenido existente e identificación de contenido susceptible de ser eliminado por obsoleto o pasado a un apartado "Histórico". Se ha desarrollado un procedimiento de auditoría periódica para detectar documentos obsoletos o con ubicación errónea, mediante una lista de comprobación con distintos criterios (ejemplo: eventos caducados, procedimientos obsoletosy/o que precisan revisión, referencias de profesionales que ya no trabajan en el centro etc.). A continuación se indican las actuaciones realizadas en mayor detalle:

• Intranet Sector y Intranet Hospital San Jorge
La comisión de Adecuación Tecnológica revisó los epígrafes y contenido de las mismas, remodelándose la estructura de ambas intranets y sus contenidos.

• Intranet Hospital JACA
- Reunión con la Subdirección Médica Hospital San Jorge- Hospital de Jaca Solicitando revisión de Intranet Hospital de Jaca y responsables de publicación de sus secciones
- Fecha: Agosto 2019
- Contestación vía e-Mail de septiembre 2019
* Se establece la vía de publicación y/o actualización considerando responsable general de la intranet el mismo que Web de Hospital San Jorge
Se identifican a los:
Responsable de Publicación de Guardias:
Responsable de Cartera de Servicios
Responsable de Comisión de formación, actualización de calendario de las sesiones de formación en el Hospital.

• Intranet Hospital Sagrado Corazón de Jesús
- Reunión con la coordinadora de Calidad. Se acuerda de revisión de contenido y/o actualización de los mismos
- Fecha: Julio 2019
- Contestación vía e-Mail: diciembre 2019
Se indica:
* Secciones que pasan histórico: Biblioteca y Farmacia
* Secciones pendientes de actualización del contenido: Manual de Estilo
* Creación de nueva sección, Calidad conteniendo tres pestañas: Geriatría, Programa Prevención Cáncer de mama y Farmacia y adjuntando los archivos que darán contenido.

Se realizan las acciones indicadas

• Sección de Personal

- Reunión con Subdirección de Gestión de Recursos Humanos Se acuerdo de personal encargado de publicación en cada subsección, la vía de revisión del contenido no vigente
- Fecha: Diciembre 2019
- Contestación vía e-Mail: diciembre 219
* Establecer los responsables de subsecciones a las comisiones encargadas de cada uno de ellos.
* Sección Solicitudes y Permisos ? cambio de firma en archivo de solicitud según corresponda, cuando se

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0907

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA**

cambie de responsable encargado de la misma.
* Carrera profesional ? las propuestas de reconocimiento de nivel de carrera profesional, así como de las modificaciones de la Composición de las Comisiones Evaluadoras de Centro, deberían figurar en la página principal solo las propuestas de la Gerencia de Sector que aún no hayan sido Resueltas por la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud. Una vez Resueltas y publicadas por la Dirección Gerencia, los secretarios de cada una de las 3 Comisiones de Centro que funcionan actualmente, deberían/deberíamos comunicaros que la propuesta concreta sea trasferida a otro enlace con un Histórico. En cuanto a la Composición de las Comisiones Evaluadoras de Centro, tienen que comprometerse a que en cada modificación se recoja la composición completa, así, solo debería aparecer publicada en la página principal la última Resolución.
* Bolsa Incentivos ? actualización anual, la actual sustituye a la del año anterior.
* Convocatoria Provisión de Puestos ? Responsable comisión encargada de la convocatoria de la misma: Convocatorias, Movilidad, Promoción Interna.
Se establece que la información permanezca aunque se haya sido ya resuelto, creándose un histórico por años que la contenga.

• Intranet Primaria
- Reunión con la Dirección.
- Fecha 13 de enero 2020
- Contestación vía E-Mail

La revisión del apartado de Farmacia AP lo realizará el servicio de farmacia y la de la unidad Docente la coordinadora de formación.

- Diciembre 2019 – Tras las reuniones con los responsables de cada uno de los apartados/secciones se ha realizado la confección de ficha de solicitud de publicación de contenido en las intranets de los distintos hospitales y Atención Primaria del Sector Huesca. Para la publicación de documentos asistenciales (protocolos, procedimientos, vías clínicas...) se seguirá lo establecido en el procedimiento de control de documentación del Sector, mientras esté vigente. La vía de publicación pasa por la solicitud vía correo electrónico a la Dirección de gestión del Sector con copia a la secretaria de dirección para la publicación de contenido por personas no acreditadas. Se diseña el siguiente formulario de petición, que se incorpora al circuito en aras de mejorar la comunicación con el servicio de informática para facilitar la correcta ubicación de los contenidos, así como para evitar la existencia de información obsoleta o desactualizada.

Ficha Solicitud Publicación Contenidos en Intranet
Solicitante:
Nombre y apellidos:
Cargo en la organización:
Propuesta de Ubicación/Epígrafe a publicar en:
Si la publicación se solicita para Portada y pasando después a permanente indicar dónde:
Vigencia de la publicación:
Datos/Archivos que adjunta:
Observaciones:

Se adjunta enlace con ficha en la publicación de portada de la intranet del sector dónde se indica el procedimiento a seguir para publicación de contenido, así como en el epígrafe de informática (http://sectorhuesca/portada/index.php).

- Diciembre 2019 - Se presenta a la Dirección de Gestión la ficha confeccionada para que se formalice con la solicitud de petición de publicación según procediendo establecido, se presenta la ficha para estudio y tras recibir su aprobación se incluye en el circuito de publicación de contenidos en las intranets. Se publica en la intranet este cambio para el conocimiento de todos los implicados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
% de secciones revisadas / total de secciones de la intranet. Estándar > 50%

26/43=60,46%
El indicador se ha obtenido de la siguiente forma:
Denominador: número de secciones existentes en las intranets.
Numerador: Número de secciones revisadas.

Se ha alcanzado el objetivo propuesto. Las intranets de las que no se ha abordado todavía la revisión son las que hacer que el porcentaje no sea mayor.

% de secciones actualizadas / total de secciones revisadas. Estándar > 80%

22/26=84,61%
El indicador se ha obtenido de la siguiente forma:
Denominador: número de secciones actualizas las intranets.
Numerador: Número de secciones revisadas.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0907

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

Se ha alcanzado el objetivo propuesto. Se está pendiente de que los responsables de las secciones aporten las actualizaciones/cambios precisos.

El protocolo se hace público para el general conocimiento de los trabajadores. Estándar SI/NO
El protocolo está disponible en la página principal/portada de la intranet del Sector de Huesca.
http://sectorhuesca/portada/index.php

Las nuevas publicaciones se hacen de acuerdo al protocolo creado. Estándar SI/NO

Desde la reciente publicación de la ficha de solicitud de publicación el 66% de las solicitudes se realizaron de acuerdo al nuevo protocolo. Respecto a las que no se ajustaban al mismo se procedió a comunicar a las personas solicitantes la existencia de este nuevo cauce de solicitud y se ajustaron al mismo sin problema.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las conclusiones son muy positivas, se trata de un proyecto en el que ha sido y es necesaria la colaboración de muchas personas, las cuales ha respondido muy favorablemente lo cual ha facilitado la realización de las actividades planteadas. El principal motivo es que estas personas han comprendido y valorado la necesidad y utilidad de tener una intranet con contenido actual y fiable que se presente para todos los profesionales del Sector de Huesca como un punto de referencia al que acudir.

No se ha abordado la revisión del 100% del contenido de las intranets existentes en el Sector debido a que se plantea como un proyecto de un año de duración y el objetivo principal era establecer un protocolo de revisión y sentar las bases de un gestión adecuada de los contenidos que se publican, así como asegurar la vigencia de los ya publicados. Se ha optado por trabajar en este año con las secciones más importantes atendiendo a los siguientes criterios: Porcentaje de información considerada obsoleta o no vigente, secciones que son publicadores de contenidos muy activos y, finalmente, secciones que contienen información considerada especialmente relevante.

Se han sentado las bases de una gestión más eficiente del contenido de las intranets que va a seguir funcionando de esta manera y evolucionando y adaptándose a nuevas carencias que se detecten para lograr conseguir el objetivo de conseguir que los profesionales consideren el contenido que se haya en la misma como una fuente fiable, actualizada en la que encuentren la información que puedan necesitar y en la que puedan, asimismo, dar a conocer aspectos que consideren vitales para el general conocimiento de otros profesionales. Los resultados obtenidos, que pueden verse reflejados en los indicadores son positivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/907 ========== ***

Nº de registro: 0907

Título
PROTOCOLO PARA ACTUALIZACION CONTINUADA Y PUBLICACION DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

Autores:
PABLO JULVEZ SILVIA, MONTERO ALONSO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Comunicación interna y externa
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La intranet del Sector de Huesca, así como las del resto de hospitales y atención primaria ha ido creciendo y ampliando su contenido llegando a ser una valiosa fuente de recursos a donde acuden los profesionales. Sin embargo,algunos contenidos se encuentran desactualizados y/o obsoletos. Resulta preciso la definición de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0907

## 1. TÍTULO

### PROTOCOLO PARA ACTUALIZACIÓN CONTINUADA Y PUBLICACIÓN DE CONTENIDOS DE LA INTRANET SECTOR HUESCA

unprotocolo que establezca su retirada o sustitución, según proceda; El actual proceso de publicación necesita de permiso expreso, sin embargo, en caso de concederse no se establece o indica ubicación, período de vigencia u otra información de interés, etc. Lo cual conduce a un complejo mantenimiento del contenido, que en ocasiones deriva en tener publicada más información de la precisa al no ser ni actual ni vigente.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar la accesibilidad a la intranet del sector

- Mantener la intranet actualizada, veraz y con la información contrastada

- Crear un circuito ágil en la gestión de contenidos

- Protocolizar los permisos necesarios para publicar contenidos

- Explotación de los datos obtenidos

MÉTODO
Reunión con la Comisión de Adecuación Tecnológica para la coordinación con actividades sobre contenidos e idoneidad de los mismos con respecto al contenido y lugar de ubicación, además de persona técnica asesora de idoneidad de datos de cada epígrafe.

Se procederá a la Revisión de lo ya contenido y posible integración de los nuevas solicitudes depublicación.

Se identificarán las Personas acreditadas para publicar sin solicitud, (responsables de comisiones, sesiones, etc)

Protocolo de solicitudes y confección de la misma, en colaboración con los responsables

Para la publicación de documentos asistenciales (protocolos, procedimientos, vías clínicas...) se seguirá lo establecido en el procedimiento de control de documentación del Sector, mientras esté vigente

Se establecerá un procedimiento de auditoría periódica para detectar documentos obsoletos o con ubicación errónea, elaborando una lista de comprobación con distintos criterios (ejemplo: eventos caducados, procedimientos obsoletos y/o que precisan revisión, referencias de profesionales que ya no trabajan en el centro etc)

INDICADORES
% de documentos asistenciales obsoletos / total de documentos asistenciales alojados en la intranet. Estándar < 5%

% de items de la lista de comprobación que no cumplen los criterios de calidad establecidos / total de items comprobados. Estándar < 10%

El protocolo se hace público para el general conocimiento de los trabajadores. Estándar SI/NO

Las nuevas publicaciones se hacen de acuerdo al protocolo creado. Estándar SI/NO

DURACIÓN
El año 2019

- Abril a julio 2019 - Estudio de los distintos epígrafes para establecer responsables técnicos
- Agosto 2019 - Reunión con Comisión de Adecuación tecnológica
- Septiembre 2019 - Reunión con responsables de aprobar las publicaciones
- Octubre 2019 - Confección de ficha de solicitud de publicación

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 - 2019/1459

## 1. TÍTULO

## MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JESUS VIBAN FORTUNY
· Profesión ..... TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se mantienen reuniones con los diferentes servicios implicados: Admisión, Facturación y Seguimiento de Contratos. Con esto se pretende tanto determinar las necesidades de cada uno de ellos de manera individual, como de establecer los vínculos y relaciones entre ellos para obtener una visión más global y definida de todo el proceso de derivación externa del paciente, y una mejor coordinación y colaboración entre todas las partes

Abril-junio:
Reuniones con los diferentes componentes del proyecto, a saber:

-Admisión:
*Se suministran, por parte del servicio, los diferentes modelos de peticiones de prestaciones que existen, para su posterior modelado y por tanto, disponer en formato web de los formularios que existen en formato papel y que se utilizan para realizar las peticiones por parte de los facultativos

*Se definen los diferentes tipos de fechas (solicitud, cita paciente, envío resultados) que se han de grabar para determinar posteriormente, por parte de Seguimiento de Contratos, las posibles demoras que puedan aparecer

-Facturación:
*Son los encargados de realizar las comprobaciones de los datos de las facturas emitidas por el centro prestador, que incluyen principalmente el tipo de prestación, las fechas de realización de las mismas y el importe. Esto será necesario contrastarlo con los datos ya grabados de las prestaciones que se realizaron por parte del servicio de Admisión.

*Si se detectaron datos erróneos en la factura, se procederán a revisarlos y corregirlos por parte de Admisión/Facturación

*Cuando finalmente se subsanen los errores detectados (por ejemplo, la prestación no era la correcta), se enviará de nuevo la factura al centro prestador para que vuelva a emitir la factura, y así se seguirá revisando hasta que finalmente se esté conforme con la factura final, en cuyo caso se enviará a Seguimiento de Contratos para su posterior estudio

-Seguimiento de contratos:
*En base a las fechas grabadas por Admisión, y a las fechas en las que se suben las imágenes e informes correspondientes por parte del centro de prestaciones, Seguimiento de Contratos generará un informe con posibles demoras y penalizaciones, que será remitido a Dirección de Gestión para su evaluación. Se tendrá en cuenta también la factura definitiva, que habrá sido contrastada y suministrada por el servicio de Facturación

Julio-Octubre:
-Generación diagramas de uso a partir de las necesidades detectadas y de los procedimientos ya existentes
-Generación de las clases abstractas en el apartado de Admisión, al ser el punto de partida de todo el proceso de derivación
-Generación de documentación técnica adicional

Octubre-Noviembre:
-se empieza a preparar el entorno marco de la aplicación (principalmente login usuarios), aunque sin todavía entrar en detalle del procedimiento de derivación de pacientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al tratarse de una memoria de seguimiento y de un proyecto aún en desarrollo, no se han llegado a generar resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se valora positivamente la presencia de este proyecto, a pesar de estar aún en desarrollo. Se considera que puede aportar un valor importante tanto por su vertiente de herramienta de reducción de las demoras en las prestaciones externas, como de penalización a los centros que se desvíen de sus plazos previstos

Quedan pendientes la implementación de los 3 escenarios ya comentados (peticiones a través de Admisión, revisión de facturas a través de Facturación, y emisión de informe de posibles demoras a través de Seguimiento de Contratos), así como la realización de los indicadores abordados en la presentación del proyecto.

También queda pendiente la incorporación de diferentes prestaciones, según se vayan agregando al catálogo de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1459

## 1. TÍTULO

## MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Seguimiento de Contratos

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1459 ========== ***

Nº de registro: 1459

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Autores:
VIBAN FORTUNY JESUS, NIVELA DURAND MARIA SOLEDAD, TORRALBA CAMPOS LUISA ANTONIA, MALLADA OTIN MARIA JESUS, PARDO MONESMA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la gestión de las derivaciones sanitarias a otros centros
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta una necesidad por parte de los servicios de Admisión, Facturación y Seguimiento de Contratos, del hospital San Jorge de Huesca, de llevar un seguimiento de solicitudes de prestaciones que se realizan en centros externos al SALUD (como por ejemplo, las resonancias magnéticas que se realizan en el Centro de Diagnóstico por Imagen, gammagrafías, o pruebas para determinar posibles alergias).

Esta necesidad se ha detectado principalmente por la comprobación de dilatación en el tiempo de la ejecución de dichas prestaciones, y uno de los objetivos principales es evitar esta demora.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos a alcanzar serían los siguientes:
- Obtener un marco de referencia en el seguimiento y control de las prestaciones que se realizan en centros externos al Servicio Aragonés de Salud a pacientes pertenecientes al ámbito público

- Establecer las prestaciones y los centros sobre las que se implantará dicho seguimiento

Los resultados a conseguir serían los siguientes:
- Disponer de la capacidad de seguimiento sobre la derivación de pacientes a centros externos al Sistema Aragonés de Salud

- Facilitar el seguimiento de los plazos fijados para asegurar que se realizan dichas prestaciones en los periodos estipulados y evitar así demoras innecesarias

La población diana sería aquella que, perteneciendo al ámbito de la sanidad pública, necesita ser derivada a centros externos para poder obtener resultados de las prestaciones que no son ejecutadas por el Servicio Aragonés de Salud en el sector de Huesca.

Los servicios a los que se dirige el proyecto serían, dentro del hospital San Jorge de Huesca:

- servicio de Admisión
- servicio de Facturación
- servicio de Seguimiento de Contratos

MÉTODO
Este plan se ha concebido tras consultarlo y analizarlo con los servicios expuestos anteriormente.

Para lograr los objetivos, se mantendrán reuniones con los servicios implicados, para asegurar el correcto diseño y concreción de detalles que determinarán el funcionamiento apropiado de la aplicación

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1459

## 1. TÍTULO

## MEJORA DE LA GESTION DE LAS DERIVACIONES SANITARIAS A CENTROS EXTERNOS AL SALUD

Esto desembocará en el desarrollo de una aplicación web que permitirá desplegar las funcionalidades indicadas en el anterior punto.

La formación consistirá en la explicación del funcionamiento de la nueva herramienta a los servicios implicados.

Como recursos materiales, se dispondrán de los ya existentes.

Las fuentes de datos serán las siguientes:
- Los datos de la solicitud de la prestación que habrá emitido el profesional sanitario a través de un volante de petición y que serán registrados en la aplicación a través del servicio de Admisión

- El servicio de Facturación que grabará la fecha e importe de la factura definitiva, emitida por el centro que haya realizado la prestación correspondiente

- Se tomarán de otros Sistemas de Información (RIS-PACS, HCE, …) las fechas de realización de la prestación y de elaboración del informe, en aquellos casos que aplique (prestaciones del CDI, Granada) que le servirán al servicio de Seguimiento de Contratos para evaluar la posible demora y como consecuencia, posible penalización a la entidad garante de realizar la prestación

INDICADORES
Ante la ausencia de indicadores previos, se va a proceder a establecer los indicadores estándar que servirán de referencia futura para el seguimiento y control de los objetivos establecidos.

Para ello podremos establecer los siguientes indicadores:

- Indicador sobre diferentes tipos de demoras:
? pruebas normales demoradas / pruebas normales realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 30 días naturales desde la fecha de solicitud de la prueba

? pruebas preferentes demoradas / pruebas preferentes realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 7 días naturales desde la fecha de solicitud de la prueba

? pruebas ingresados|urgentes demoradas / pruebas ingresados|urgentes realizadas < 5%

siendo la demora aquella que sea superior a 48 horas (2 días) desde la fecha de solicitud de la prueba

? informes en periodo establecido / pruebas realizadas < 5%
siendo la demora aquella que sea superior a 84 horas (3,5 días) desde la fecha de solicitud de la prueba

- Indicadores sobre la mejora en la identificación del paciente/peticionario (médico y/o servicio):
o errores id paciente/pacientes para los que se solicita prueba <1%
o errores id médico/médicos solicitantes <5%
o errores id servicio/servicios solicitantes <1%

DURACIÓN
La duración estimada del proyecto sería de 12 meses, iniciándose en el mes de abril de 2019 y finalizando en marzo de 2020.

Tanto el desarrollo técnico como implantación de la aplicación correspondería al desarrollador de este proyecto.

La colaboración en la parte funcional del desarrollo de la aplicación correspondería a los responsables de los servicios implicados (Admisión, Facturación, Seguimiento de Contratos) .

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 - 2018/0108

## 1. TÍTULO

## DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CERRO JUNCOSA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAIRLA OLIVAN MARTA
MENDOZA MURO GEMMA
OMEDAS BONAFONTE PAULA
SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE
BUSTAMANTE BARA SILVIA
MONTAÑANA GUZMAN ISABEL
BARA LERA MATILDE
LANAO GIL ROSARIO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de Enero a Junio el Equipo se reune en 3 ocasiones, la primera en Enero:
-Coincidiendo con los procesos de movilidad se van de la unidad 2 participantes del proyecto que son sustituídos por otros 2 a comienzos del año 2019:
Cursan baja:
1.- Matilde Bara Lera es sustituída por Lanao Gil, Rosario Isabel (TCAE).
2.- Mª José Sobrevía sobrevía es sustituída por Silvia Bustamante Bara ( DUE).

Paula Omedas Bonafonte, Residente de 4º curso de intensivos se incorpora al proyecto.

Se inicia la cumplimentación del check list entre los meses Enero a Marzo, se extraen las siguientes conclusiones:
Se recogen 79 check list en 59 días ( del 1 de Febrero al 31 de Marzo de 2019)
• Total cumplimentados: 79 (100%).
• Adhesión a la herramienta de auxiliares: 74/79 (93,67%).
• Adhesión a la herramienta de enfermería: 68/79 (86,07%).
• Correctamente cumplimentado (ambas partes y todos los ítems chequeados): 61/79 (77,21 %).
• Veracidad de lo cumplimentado (el día 14 de Marzo se revisan los Boxes para ver si coincide lo reflejado en la herramienta con lo que hay en el Box): Se revisan 5 Boxes vacios sin paciente con el check list cumplimentado, de éstos en tres coincide lo cumplimentado con la realidad (60%). En dos de ellos no coincide, en uno no se encuentra el tubo burbuja del aspirador, en otro el material de la bandeja no es el acordado en el stock.

Se concluye que:
- Se nos olvida limpiar las cuñas ocasionalmente.
- En alguna ocasión no se ha puesto el tubo burbuja de la aspiración en la balda.
- En algún Box se ha identificado falta de fonendoscopio y ambú.
- A veces el stock de la bandeja no coincide con lo acordado.
- Tendemos a olvidar verificar la correcta conexión de bombas, tienen batería interna y avisan con tiempo antes de descargarse completamente, por lo que no ocasiona incidente, pero han de estar carga-das por si el paciente requiere traslado.
- Los cables de conexión del Digi a los diferentes dispositivos fallan amenudo y precisamos revisarlos para que los datos sean vertidos al programa informático ( METAVISION ) correctamente.
- La adhesión a la herramienta por parte de las auxiliares ha sido me-jor, 93,67% frente al 86,07% de las enfermeras.
- Un 77,21% de los check list estaban bien cumplimentados, de los que NO lo estaban un 92,3% no tenía bien chequeada una de las dos partes y al resto les faltaba algún ítem por marcar.

En el mes de Abril nos reunimos y tras lo observado se deciden las siguientes modificaciones:

- Se añade la palangana para el aseo diario
- Se añaden la cuña y botella y verificar su limpieza para el nuevo pa-ciente
- Se retira la preparación de un suero purgado dado que no conoce-mos de antemano la prescripción medica.

PREPARACIÓN DEL BOX AL ALTA Y PREVIA AL INGRESO DEL NUEVO PACIENTE

FECHA: TCAE RESPONSABLE DEL ALTA:
Actividades de la auxiliar (Al Alta) SI NO
Revisar el estado de limpieza del box, cama hecha y y colchon antiescaras inflado *
Reponer el material de la bandeja: 2 jeringas de 10 c.c,3 botes de clorhexidina y 1 de alcohol, 3 SF de 10 cc, 3 paquetes de gasas y 1 de compresas esteriles, 1 termometro digital, 1 bote de colonia, 1 peine, 1 bote de crema hidratante y 1 bote de corpitol
Soporte de bombas a ambos lados correctamente enchufado y mínimo con 2 bombas a cada lado, 2 de ellas de jeringa

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

## 1. TÍTULO

## DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE

Aspirador de secreciones correctamente montado y conectado a toma de vacio, tubo burbuja en el soporte superior en su bolsa y sondas de 2 tamaños en su cubículo.
4 botes de sueros de vertido rápido, palangana para el aseo diario
3 guantes estériles de cada talla (6,5 – 7 – 7,5 – 8 )
Toma de oxígeno con flujómetro correctamente conectada a toma de O2, humidificador estéril en su bolsa, gafas nasales y mascarilla Venturi.
Ambú esterilizado con alargadera y filtro en la parte superior del box
1 paquete de electrodos en el lateral del monitor
Existencia de manguito de la tensión, fonendoscopio, cables multifunción y pulsioxímetro conectados al monitor
Cuña y/o botella limpia disponible para Box
*En caso de disponer de más boxes libres y ante el desconocimiento del siguiente ingreso se intentará tener a disposición cama con colchón anti escaras y cama con viscolástica si es posible

FECHA: DUE RESPONSABLE DEL INGRESO:

Actividades de la Enfermera ( Previas al ingreso )  SI  NO
Encender el monitor y comprobar el límite de alarmas
Encender el respirador, comprobar su montaje correcto,que ha sido chequeado y chequear equipo (tubuladuras). Conectarlo a pulmón de prueba
Verificar que las bombas de perfusión se encuentran enchufadas y cargan
Verificar la correcta conexión de los dispositivos al Digi y que éste pasa los datos al ordenador central
Verificar la existencia de ambú
Verificar el funcionamiento del aspirador de secreciones y montaje del tubo burbuja si se precisa
Verificar el correcto funcionamiento de la toma de Oxígeno y montar el humidificador
Si el paciente viene intubado: venda de gasa, compresa, gasas y vaselina para sujección adecuada del TOT
Preparación de medicación urgente previsible si el ingreso lo precisa**
** SI - cuando sí lo precisa, NO - cuando no lo precisa

El día 9 de Septiembre se revisan 7 Boxes sin paciente para comprobar su estado (Periodo Vacacional con nuevo personal contratado):
- El 90%( 6 de 7) tienen todo el material como corresponde.
- El Box nº 7 presenta las siguientes deficiencias:
* No tiene tubo burbuja para el sistema de aspiración de secrecio-nes
* Faltan guantes estériles de los números 7 y 7,5.
* Los sueros de vertido rápido están colocados pero no en el lugar que les corresponde.
El mismo día revisamos los 3 Boxes ocupados y se verifica que los datos pasan correctamente, las bombas están cargando, todos tienen ambú, fo-nendo y todo el material del stock acordado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Desarrollo del proyecto: Creación de un check list de verificación de Boxes inédito.
- Creación de la herramienta de trabajo en formato papel.
- Definición de los criterios de evaluación.
- Formación del 100% del personal de la unidad en su cumplimentación.
- Implementación y recogida de datos.
- Conclusiones obtenidas e incorporación del check list a los nuevos protocolos de acogida para el personal de nueva incorporación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Gracias a la herramienta se ha logrado estandarizar en la unidad un stock básico de material en cada BOX, así como la incorporación de una dinámi-ca de revisión previa al ingreso del nuevo paciente.
Nos parece fundamental garantizar la seguridad del paciente y a través de estas pequeñas rutinas minimizamos los riesgos derivados del fallo hu-mano.
El objetivo de la herramienta ha sido en todo momento crear un hábito en el personal de enfermería, algo que el equipo de mejora damos por logra-do.
Dado que la dinámica de las unidades no es fija y continuamente existe movilidad de personal, creemos conveniente que este trabajo no se quede aquí sino que sea extensible a nuevos proyectos, entre ellos la actualización de las guías de acogida al personal de nueva incorporación, tanto de DUEs como de TCAEs, es por esto que se va a incorpar el check list diseñado a las mismas.

7. OBSERVACIONES.
Como envié una segunda memoria de seguimiento no he creído conveniente extenderme demasiado en esta última memoria final.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/108 ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0108

## 1. TÍTULO

## DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACIÓN DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PLACIENTE

Nº de registro: 0108

Título
DISEÑO DE UN CHECK LIST PARA LA ADECUACION DEL BOX TRAS EL ALTA DEL PACIENTE

Autores:
CERRO JUNCOSA ANA, LAIRLA OLIVAN MARTA, MENDOZA MURO GEMMA, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, MONTAÑANA GUZMAN ISABEL, BARA LERA MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRITICOS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios.
La seguridad del paciente además de ser una prioridad en la asistencia sanitaria, es un derecho reconocido a nivel mundial.
Es preciso que cada Box de UCI este dotado del material necesario para la atención del paciente crítico en el momento de su ingreso, para ello el Box debe ser preparado cada vez que se da un alta.
Consideramos importante la creación de un check list para verificar la correcta disposición de los recursos materiales del habitáculo

RESULTADOS ESPERADOS
1. Dar la más rápida y eficiente atención en el momento del ingreso de un paciente en nuestra unidad
2. Organizar el trabajo en equipo a la hora de adecuar el Box tras el alta de un paciente facilitando el ritmo de trabajo.
3. Mejorar el rendimiento asistencial debido a la necesidad permanente de atención, a la complejidad de los enfermos críticos y al gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades
4. Establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

MÉTODO
? Crear un check list con el material necesario de cada Box para tras cada alta dejarlo adecuado para su nuevo uso
? Implementar su uso en nuestra unidad poniendo en conocimiento la existencia y el uso del mismo entre el personal implicado

INDICADORES
? Valoración anual de hojas de registro y su mejora según las necesidades del servicio
? Evaluación de la cumplimentación de la herramienta de trabajo por parte del personal implicado

DURACIÓN
Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0275

## 1. TÍTULO

## HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SANDRA BESCOS VAQUERO
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTUEY LOPEZ LOURDES
ALFARO ESCARTIN MARGARITA
BUESA PUEYO SUSANA
GIL ALOS ANA
LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE
MATEO CREMALLET ANA
POLO MARTINEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el año 2019, se realizaron 4 reuniones según el cronograma, además de comunicaciones mediante email y whatsapp con la participación de todos los integrantes del grupo.
1º.- Marzo 2019: - Reformación del grupo y presentación de los nuevos integrantes. Se cursa baja de las integrantes Gemma Mendoza Muro e Inmaculada Albar Vives por cambio de Unidad. Se incorporan al grupo Lourdes Alastuey López, Susana Buesa Pueyo, Ana Gil Alós y Ana Mateo Cremallet.
- Se obtiene la aprobación por la Comisión de Calidad de la Hoja Informativa (Tríptico) y la Guía de Acogida a familiares ingresados en la UCI elaborados en el año 2018, que estaba pendiente.
2º.- Mayo 2019: - Sesión informativa al equipo de la UCI (TCAES, enfermeras y médicas) dando a conocer la nueva Hoja Informativa, que sustituye a la anterior, y que se continuará entregando de igual manera a todos los acompañantes/familiares al ingreso en la UCI.
El 21 de mayo de 2018, se inicia el reparto del nuevo Tríptico a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. El tríptico contiene la información más relevante sobre los horarios de visitas, normas básicas de la Unidad, higiene de manos, sala de espera y el teléfono de contacto.
3º.- Octubre 2019: - Creación de dos subgrupos para el reparto de tareas: Informar al equipo de la implantación de la Guía y valoración de las encuestas de satisfacción. Margarita Alfaro, Lourdes Alastuey, Marta Polo y Sandra Bescós se encargan de informar al personal de la UCI acerca de la Guía de Acogida y Susana Buesa, Ana Gil, Mª José Lairla y Ana Mateo de la valoración de las encuestas de los familiares.
La Guía de Acogida proporciona información comprensible, citando las características, normativa y funcionamiento de la UCI para caminar hacia una relación óptima familia-paciente-profesionales.
Las UCI suelen ser lugares donde la tecnología y la efectividad práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana.
Medir la satisfacción familiar está influida por múltiples factores, que incluyen el cuidado del paciente, las condiciones ambientales (box, ruido, iluminación) la información dada acerca del proceso que presenta, comprensión de las explicaciones, el grado de cohesión del equipo, la organización intrínseca de la unidad y el apoyo prestado durante el proceso de la toma de decisiones.
Las encuestas de satisfacción a pacientes y familiares son anónimas y voluntarias. Se entregan al alta (o 24h antes) en estancias de más de 24h. Tras su cumplimentación, se depositan en un buzón que está situado en la sala de espera de los familiares de la UCI (2ªplanta HSJ). Se excluyen exitus e ingresos inferiores a 24h.
- Medición del contenido de las encuestas.
- Revisión de la estructura de las encuestas a través Formulario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit© FS-ICU, Proyecto HU-CI y adaptación a nuestra Unidad.
- Elaboración de códigos QR como soporte digital extra.
- Continuación con la propuesta de tener una Guía en la sala de espera de los familiares UCI a color y en formato papel.
4º.- Diciembre 2019: - Sesiones informativas sobre la composición de la Guía impartidas por los miembros del grupo de trabajo, mediante exposición con medios audiovisuales (Power Point) en grupos reducidos 5-6 personas del equipo UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Número de profesionales formados /número total de profesionales x 100. Estándar > 80%.
A través de sesiones con un número reducido de asistentes (5-6) se consigue informar al mayor número de miembros del equipo UCI, incluyendo los de nueva incorporación al servicio. Existen trabajadores que por situaciones personales no se encuentran en activo en el momento de las sesiones, quedando pendiente recibirlas cuando se incorporen.
- Número de Trípticos entregados/número de ingresos x 100. Estándar > 80% (desde el inicio).
Seleccionamos una muestra aleatoria de 50 de 233 ingresos. El 74% de registros figuran como trípticos entregados. 26% no está registrado o no hay familia en el momento del ingreso del paciente.
-Valoración del nivel de satisfacción al alta de los familiares y pacientes. Estándar > 80%.
Desde el 21 mayo 2019 a 31 diciembre 2019, hubo un total de 233 ingresos en la UCI del Hospital San Jorge. En las 50 encuestas valoradas de los pacientes, el grado de satisfacción es de 8,7 (escala 1 a 10). De un total de 50 encuestas de pacientes revisadas, 48% puntuaron la máxima nota y el 22% con la segunda mayor calificación.
En cuanto a los familiares, valoraron las condiciones ambientales (escala 1 a 10). 48% puntuó el ruido con 9

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0275

## 1. TÍTULO

## HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

y 10. El 30% puntúo con la máxima nota la iluminación. 56% la comodidad de su familiar en la UCI. Registramos 21 observaciones en referencia al aire acondicionado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El ingreso de un paciente en la UCI supone una desestructuración total del núcleo familiar, no solo desde un punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico y emocional. Si se considera a la familia como un conjunto donde todos y cada uno de sus miembros están interrelacionados, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.
Los objetivos planteados van en la dirección de mejorar y minimizar el gran impacto que supone el ingreso, tanto para el paciente ingresado como para su familia a través de la Acogida.
La aplicación de la nueva Hoja informativa y Guía son herramientas para proporcionar conocimientos y mejorar la comprensión del proceso de salud. El porcentaje de Trípticos no entregados puede ser debido a que no hay familia al ingreso, que se trate de un reingreso y por lo tanto ya conocen las normas de la Unidad, o que se haya entregado y no clicado en el sistema informático de registro.
Según M.S. Holanda Peña, la satisfacción de los pacientes es un factor para determinar la percepción del usuario respecto a la calidad de los cuidados recibidos. La evaluación de la satisfacción es muy complicada cuando se trata de pacientes ingresados en la UCI. El grado de satisfacción de los familiares y de los propios pacientes ingresados en la UCI es elevado.
El equipo de la UCI es una pieza clave en proporcionar soporte a los familiares del paciente ingresado en su Unidad.
Los profesionales estamos en continuo aprendizaje científico y tecnológico, junto con las relaciones personales y la calidad humana, para proporcionar cuidados de alta calidad y adaptarnos a las necesidades de la sociedad actual. La arquitectura sanitaria también se adapta y evoluciona. Disminuir los niveles de ruido, mejorar la iluminación, aumentar la comodidad del paciente están dentro de nuestros objetivos a alcanzar. Todo ello mejora cualitativamente el proceso de curación, el acompañamiento de los pacientes y el trabajo del día a día por parte del personal.
Seguimos involucradas, trabajando en el proceso de mejora de las encuestas a familiares y pacientes empezado este año y elaborando una customización del programa informático de registro para volcar los datos.
Este proyecto iniciado en el 2018 ha servido para dar a conocer al equipo el Proyecto Internacional para la Humanización de los Cuidados Intensivos: Proyecto HU-CI. Pretendemos tener continuidad en el tiempo, manteniendo está línea de trabajo y adquirir la hoja de ruta del Proyecto HU-CI.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/275 ========== ***

Nº de registro: 0275

Título
HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

Autores:
BESCOS VAQUERO SANDRA, POLO MARTINEZ MARTA, LAIRLA OLIVAN MARIA JOSE, ALFARO ESCARTIN MARGARITA, ALASTUEY LOPEZ LOURDES, GIL ALOS ANA, MATEO CREMALLET ANA, BUESA PUEYO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes críticos y sus acompañantes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El ingreso de una persona en una Unidad de Cuidados Intensivos siempre es una situación especial, el paciente está crítico. Esta situación supone un proceso traumático que provoca en la familia una situación de crisis, preocupación y ansiedad.

Existen investigaciones coincidentes en resaltar que las necesidades principales de las familias de pacientes ingresados en UCI son la información y la seguridad.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0275

## 1. TÍTULO

## HUMANIZACION DE LA UCI, PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DE ACOGIDA DE LOS FAMILIARES

Otras autoras como Concha Zaforteza consideran que dentro de las necesidades sentidas por los familiares están tener
información comprensible, sentir esperanza, cercanía con el ser querido, soporte y confort.

La acogida de la familia mediante la entrega de un tríptico informativo elaborado en año pasado donde se explican cuidadosamente las características, normativa
y funcionamiento de la Unidad es esencial en el comienzo de esta relación familia-paciente-institución que se inicia
con el ingreso de la persona en UCI

RESULTADOS ESPERADOS
Minimizar el impacto que supone el ingreso de una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos para la familia a través de la acogida en la Unidad.

- Mejorar el grado de satisfacción de las familias y del paciente al alta del paciente.

- Mejorar la calidad de los cuidados considerando que la familia es un elemento fundamental para el paciente.

- Implicar más a los profesionales en la acogida de la familia en la Unidad.

MÉTODO
El grupo de trabajo “HUMANIZANDO LA UCI DE SAN JORGE” integrado por una representación de la Unidad de Cuidados Intensivos se encargará de:
- Presentar a la Comisión de Calidad los diseños del protocolo de acogida a familiares ingresados en la UCI y la guía elaborados el año 2018

- Presentar en el servicio el protocolo de acogida a familiares ingresados en nuestra unidad y la guía elaborados el año 2018 una vez hayan sido aprobados, antes de su puesta en marcha

- Entrega de la guía a las familias de los pacientes ingresados

- Evaluación del impacto de la guía sobre la satisfacción de la familia referente a la acogida que se les dispensa

- Valoración del nivel de satisfacción al alta de familiares y pacientes por parte de un grupo que representará a los colectivos de nuestra unidad

INDICADORES
- Número de profesionales formados / número total de profesionales x 100. Estándar>80%

- Número de guías entregadas/número de ingresos. Estándar >80% (desde el inicio de la fecha comienzo)

- Resultado de las encuestas de satisfacción entregadas a familiares y pacientes

DURACIÓN
Modificación del grupo de trabajo y reuniones programadas en los meses de Marzo, Mayo, Septiembre y Diciembre para la
programación de la docencia a la unidad. Revisión de las encuestas de satisfacción cada cuatro meses

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0280

## 1. TÍTULO

## DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO JOSE EITO ARNAL
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNAZ DE HOYOS MARTA EUGENIA
BUESA ESCAR ANA MARTA
CABALLERO NUÑEZ SONIA
FRECHIN PERTUSA RAUL
MARIN IBAÑEZ MARIA
PUYUELO CALVO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Conformación del grupo de trabajo el 17/2/19, decidiéndose que el núcleo de seguridad esté integrado por Antonio José Eito Arnal y Marta E. Arnaz de Hoyos.
-Reuniones de carácter trimestral del grupo durante el 2019, con un total de 3, además de llevar a cabo comunicaciones vía telemática, alcanzando una participación de todos los miembros.
-Se cursa baja de la integrante del proyecto María Jiménez Ríos, por su situación laboral, no habiendo sustitución de la misma.
-Implantación en el programa METAVISION de un nuevo ítem ( denominado "registro de efectos adversos: SINASP") en el check list previo a la valoración: en cada turno se valora la posible existencia de cualquier factor que pueda influir en la seguridad del paciente.
-Elaboración de una GUÍA PARA LA DECLARACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PROGRAMA SINASP. Un documento que se deja en el control de la unidad para que todo el personal sanitario sepa manejar el programa de forma autónoma y eficaz.
-Incentivación, animación y tutorización durante el 2019 para el acceso y cumplimentación del curso denominado "Seguridad del Paciente y Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente para Hospitales".
-Exposición en el tablón de anuncios de la unidad de los resultados SINASP de los últimos 3 años, así como comunicación mediante correo electrónico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Formación del personal del servicio sobre el uso del programa SINASP.

El 90% del personal de la unidad ha realizado alguna edición de los cursos que ofrece el SINASP, adquiriendo durante el proceso las habilidades necesarias para una correcta detección, monitorización y valoración de incidentes adversos.

- Monitorización sistemática de incidentes.

Durante el año 2018 se registraron en la unidad 29 notificaciones de eventos adversos. En comparación, durante el presente año en el que se han registrado 39. Se observa un incremento del 34,48% de incidentes registrados..

- Identificación de los incidentes más comunes.

Los datos reflejados en el listado de incidentes proporcionados por el gestor del sistema indican que los más repetidos durante el 2019 son los relacionados con “equipos/dispositivos”, con una frecuencia relativa del 31,11%, siendo el segundo el referenciado a “procedimientos terapéuticos” con un 13,33%.

- Evaluación continua/feedback entre incidente-plan de acción (corrección) y pauta sistemática de información entre profesionales.

Comunicación continua entre el personal durante los cambios de turno sobre los incidentes ocurridos y los planes de acción llevados a cabo quedando reflejados en el parte de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Conclusiones:

- Con los resultados obtenidos sobre el incremento de notificaciones queda constancia de la adquisición por parte del personal de una cultura de seguridad para el paciente.
- Es reseñable el incremento en el registro de situaciones con capacidad de causar un incidente, habiéndose incrementado dicho registro en un 500% durante el 2019.
- En el resumen de notificaciones queda reflejado que Enfermería es la categoría profesional que ha registrado todos los eventos durante el año 2019.
- Teniendo en cuenta el aumento del registro de eventos del año 2018 al 2019, se constata que según la

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0280

## 1. TÍTULO

## DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI

"gravedad de las consecuencias para los pacientes afectados", "factores contribuyentes" y en los "incidentes según tipo" la clasificación porcentual de los eventos es siempre la misma.

Recomendaciones:

- Ante la imposibilidad de registrar la totalidad de los incidentes ocurridos durante el turno, debido a la carga de trabajo, el núcleo de seguridad de la unidad en el 2020 pondrá a disposición del personal un registro para conseguir la notificación del mayor número de eventos adversos posible.
- Para evitar pérdidas de registro de eventos recomendamos cumplimentar el nuevo ítem de "registro de efectos adversos: SINASP" del check list de la valoración al finalizar el turno de trabajo.

7. OBSERVACIONES.
- Debido a la rotación de personal y las características del servicio es un impedimento para que el 100% de la plantilla actual esté formada sobre el uso del programa, lo cual no interfiere para que se haya conseguido un incremento en la utilización del mismo con un resultado de mayor número de incidentes registrados, y un aumento de profesionales que notifican.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/280 ========== ***

Nº de registro: 0280

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD: DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES ADVERSOS EN UCI

Autores:
EITO ARNAL ANTONIO JOSE, FRECHIN PERTUSA RAUL, CABALLERO NUÑEZ SONIA, BUESA ESCAR ANA MARTA, ARNAZ DE HOYOS MARTA EUGENIA, PUYUELO CALVO EVA, JIMENEZ RIOS MARIA, MARIN IBAÑEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA CRITICA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Durante el transcurso del trabajo habitual en una UCI pueden ocasionarse incidentes no desados/no previsibles que son susceptibles de alcanzar al paciente/provocar daño. Mediante la monitorización de estos incidentes y su posterior análisis se pretende identificar los más habituales y el daño real/potencial que llega a los pacientes. Actualmente el uso del sistema SINASP es escaso, fundamentalmente por renovación del personal y la falta de formación e información, sobre su utilización.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formación del equipo sobre el uso del programa sinasp
- Monitorización sistemática de incidentes
- Identificación de incidentes más comunes
- Evaluación contínua/feed back entre incidente-plan de acción (corrección)
- Lograr una pauta sistemática de información entre profesionales

MÉTODO
- programa sinasp/formación curso sinasp
- comunicación contínua y sistemática entre profesionales en cambios de turno.
- reunión anual para exposición de resultados y objetivos: " ronda de seguridad"
- publicación de resultados en la unidad
- integrar en el check list de cada paciente un item específico que recuerde la necesidad de valorar en cada turno la posible existencia de eventos adversos

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0280

## 1. TÍTULO

## DETECCION, MONITORIZACION Y VALORACION DE INCIDENTES DIVERSOS EN UCI

INDICADORES
-Numero de comunicaciones al programa sinasp (número de notificaciones > año anterior)(estándar y límites pendientes de definir)

-Numero de personas que realizan el curso de formación

DURACIÓN
Revisión contínua según el grado de frecuencia de aparición de un evento.
1.- sesion/es de formación e información: primer trimestre
2.- crear nucleo de seguridad de la Unidad (2-4 personas) (primer trimestre)
3.- Reunion de análisis de los incidentes notificados y/o los más importantes: semestral
4.- Información anual de resultados mediante reunión de los miembros del servicio.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

## 1. TÍTULO

## PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ARANZAZU LANDER AZCONA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA
CERRO JUNCOSA ANA
BUESA ESCAR ANA MARTA
FRECHIN PERTUSA RAUL
POLO MARTINEZ MARTA
LAIRLA OLIVAN MARTA
ALFARO ESCARTIN MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Para su puesta en marcha se han realizado las siguientes medidas:
Se ha nombrado un equipo coordinador. En el equipo están presentes técnicos de Cuidados Auxiliares de la Unidad, Enfermeras de la Unidad y una de ellas es la Supervisora de Enfermería y un Facultativo Especialista de Area de Medicina Intensiva como coordinador.
Posteriormente y tras una revisión bibliográfica se han realizado reuniones periódicas de todo el equipo previas a la implantación (3 octubre 2018, 3 noviembre 2018, 3 diciembre 2018) y durante el proyecto (15 enero 2019, 15 marzo 2019, 15 junio 2019, 15 septiembre 2019, 15 diciembre 2019). En las reuniones previas al proyecto se realizaron talleres participativos del equipo de mejora de discusión y debate sobre el tema y se analizan las barreras institutivas y organizativas, las derivadas del protocolo, las derivadas de la complejidad de los indicadores y las derivadas de la formación y comunicación y se plantearon soluciones y se elaboraron unas conclusiones. Posteriormente se elabora el cronograma y actuaciones a realizar (formación, protocolo sondaje, elaboración de check list inserción e indicación de sondaje, cuidados de mantenimiento de la sonda y planteamiento de retirada, modificación de la Historia informatizada para rellenar los datos).
Se han implementado las siguientes medidas:
- Meses de Noviembre y Diciembre de 2018: Formación en grupos de 3-4 personas en sus turnos de trabajo de todo el proyecto para conocer su importancia, los objetivos y las nuevas medidas a adoptar. Se ha formado al 100% de la plantilla tanto de Facultativos Especialistas de Area, como residentes en formación de Medicina Intensiva como Enfermeras como Auxiliares. Todas las personas que se han incorporado a partir de Diciembre 2018 también han sido formadas con posterioridad. La Formación se realiza de forma presencial con presentación power point y vídeos. Posteriormente hay una formación on line individual y tras la formación cada uno realiza un examen y posteriormente se obtiene un diploma avalado por la Comisión de Formación Continuada si se ha superado el examen. Posteriormente se ha realizado un registro por la Dra Lander: el 100% de la plantilla ha realizado la formación presencial y el 92% de la plantilla tiene superado el examen on line.

- El equipo responsable del proyecto ha elaborado un nuevo protocolo de sondaje urinario, este protocolo ha sido consensuado con el Servicio de Urología de este Centro y tras su aprobación es el protocolo hospitalario de sondaje y está colgado en la Intranet desde Abril de 2019. Este protocolo sigue todas las recomendaciones del proyecto.

- Para la implementación de este proyecto el equipo responsable ha elaborado una serie de medidas tanto en la inserción como en el mantenimiento del sondaje uretral. Para su puesta en marcha se ha realizado una modificación de nuestro programa informático. Para su cumplimiento se ha elaborado un check list de inserción que se ha incorporado en la historia Clínica Informatizada de la UCI. Asimismo se han elaborado una serie de medidas de mantenimiento de la sonda que también se han incorporado en la Historia Clinica Informatizada. Tanto las Auxiliares como las enfermeras tienen que rellenar por turno o por día estas medidas asegurándose su cumplimiento. Esto ha supuesto un aumento de su carga de trabajo pero también una forma nueva de trabajar asegurando al cumplimiento. También Enfermería se plantea diariamente si el enfermo necesita la sonda y se registra en la Historia. Por lo tanto todas las medidas del proyecto están incluidas en las lista de tareas de Enfermería y Auxiliares y registradas en la Historia informatizada desde el 1-01-2019.

- Las medidas propuestas se agrupan en 5 paquetes de medidas:

1. USO APROPIADO DE LA SONDA URETRAL
1.a- Utilizar sonda uretral sólo cuando esté indicado, con sistema de circuito cerrado y puerto para toma de muestras. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]
1.b- Retirar la sonda uretral cuando no sea necesaria, valorando diariamente su indicación. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]

2. INSERCION ADECUADA DE LA SONDA URETRAL
2.a- Realizar higiene de manos inmediatamente antes y después de la inserción o de cualquier manipulación de la sonda uretral. [Nivel de evidencia I; Nivel de recomendación A]
2.b- Utilizar una técnica estéril de inserción. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B]

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

## 1. TÍTULO

**PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

3. MANTENIMIENTO ADECUADO DE LA SONDA URETRAL
3.a- Mantener siempre cerrado el sistema colector (sonda uretral, tubo de drenaje y bolsa colectora). [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]
3.b- Mantener el flujo de orina libre sin obstáculos en el circuito, y la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B]

4. GARANTIZAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS
4.a- Los profesionales sanitarios debe recibir formación específica sobre la inserción y mantenimiento de la sonda uretral. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A] 4.b- Los protocolos de inserción y mantenimiento de la sonda uretral deben revisarse y actualizarse, cada 3 años y/o cuando se publique nueva evidencia. [Nivel de evidencia III; Nivel de recomendación A]
4.c- La necesidad de mantener feed-back con los profesionales sanitarios. Los coordinadores de la unidad informarán periódicamente al personal sobre las tasas de ITU-SU. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación B]

5. NO HACER
5.a- Utilizar antisépticos y antibióticos en la higiene diaria. [Nivel de evidencia I; Nivel de recomendación B]
5.b- Usar antimicrobianos profilácticos en la inserción, mantenimiento o retirada de la sonda uretral. [Nivel de evidencia III; Nivel de recomendación A]
5.c- Cambiar de forma rutinaria y periódica la sonda uretral. [Nivel de evidencia II; Nivel de recomendación A]
5.d- Realizar lavados vesicales. [Nivel de evidencia I; Nivel de recomendación A]
5.e- Tomar cultivos si no se sospecha infección, excepto para estudios de colonización. [No evidencia; Nivel de recomendación B]

- El check list de inserción se realiza a todos los pacientes que ingresan en UCI y se les ha realizado el sondaje en UCI. Las medidas de mantenimiento se realizan a todos los pacientes de UCI con sonda urinaria por turno y tanto auxiliares como enfermeras registran su cumplimiento por turno y el planteamiento de retirada se realiza diariamente por Enfermería. Además Enfermería también registra la indicación del sondaje.
- En la Historia Informatizada aparece un icono con el Holograma ITU ZERO donde cualquier persona que trabaje en UCI puede consultar las dudas porque está la información sobre inserción, mantenimiento y retirada del catéter.
- Los datos de proyecto se recogen a través de la Base de datos ENVIN HELICS, todos los pacientes ingresados en UCI se registran en esta base de datos que es una base Nacional y Europea de registro de Infecciones en UCI. El medico coordinador (Dra Lander) es la responsable de rellenar los datos. Además mensualmente o trimestralmente se hacen estudios de prevalencia de las medidas y es el médico coordinador del proyecto el que con los datos registrados por Auxiliares y Enfermería en la Historia Clínica el que registra y analiza los datos.
- De forma mensual se comunica a la Unidad los datos obtenidos del estudio y en las reuniones del equipo de mejora se analizan esos datos.
- En este proyecto se ha implicado a todos los profesionales de la Unidad, asimismo se ha realizado sesiones a nivel Hospitalario para presentar el nuevo protocolo de sondaje urinario y el proyecto ITU Zero. Este proyecto está dentro de un proyecto nacional de todas las UCIs de España y hay un grupo autonómico dirigido por un Coordinador (Dr Corchero), Facultativo Especialista de Area de Medicina Intensiva y en el que están los Coordinadores de Cada Unidad, en nuestro caso La Dra Lander y también la Supervisora de Enfermería: Maria Eugenia Lacostena. Durante este año ha habido 3 reuniones a nivel autonómico (12 febrero 2019, 16 Junio 2019 y 17 Diciembre 2019) para ver el desarrollo del proyecto y sus resultados. Nuestros datos están incluidos dentro de la base de datos nacional y avalada por el Ministerio de sanidad y Consumo.
- En este proyecto se incluye a todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en la UCI de nuestro hospital y que llevan una sonda urinaria colocada en la UCI o no. Si la sonda se coloca en UCI se realiza el Check list de inserción. En todos los pacientes con sonda urinaria se registra cual es su indicación, se realizan las medidas de mantenimiento que quedan registradas en la Historia Informatizada y en todos se realiza planteamiento diario de retirada de la sonda por enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación resultados:
Se realiza por medio de los indicadores recogidos a través de la base de Datos ENVIN y de los estudios de prevalencia recogidos de la Historia Clínica Informatizada realizados según el indicador de forma mensual o trimestral. Todos los datos son recogidos por la Dra Lander, coordinadora del proyecto.
.- El objetivo principal de este proyecto es reducir la densidad de incidencia de infecciones urinarias por 1000 días de sonda urinaria a menos de 2.7 episodios por 1000 días de sonda. Desde el 01-01-2019 hasta el 31-12-2019 las densidad de incidencia es de 2.34 episodios por 1000 días de sondaje cumpliendo el objetivo principal. El porcentaje de pacientes con infección relacionada con sonda urinaria respecto al total de pacientes ingresados es de 1.04% . Ambas tasas están dentro de objetivo. Estos dos indicadores se registran a través de los datos introducidos en la base de datos ENVIN y los analizamos de forma mensual.
.- Objetivos secundarios:
1.- Reducir el ratio de utilización de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto al total de estancias a menor o igual a 0.7. Nuestro ratio de utilización es de 0,87 no cumpliendo el objetivo a pesar de realizar un plateamiento de retirada. Tanto a nivel nacional como autonómico no se ha cumplido el objetivo y nuestros pacientes están sondados el 87%, también debido a la gravedad del paciente que obliga auna monitorización estrecha de la diuresis, en nuestra UCI hay pocos enfermos coronarios (6%) que no suelen precisar sondaje y muchos enfermos postquirúrgicos (40%) que precisan sondaje.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

## 1. TÍTULO

**PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

2.- Reducción de los antimicrobianos utilizados en el tratamiento de las infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral respecto al total de los utilizados para tratar infecciones asociadas a otros dispositivos (neumonía asociada a ventilación y bacteriemias por catéter) un 10%. En nuestra Unidad se ha reducido un 10,8% cumpliendo el objetivo. Lis datos se han recogido a través de la base de datos ENVIN.
3.- Porcentaje de profesionales sanitarios con formación específica en el proyecto ITU -ZERO. La dra Lander ha realizado la formación y recogida de datos. El 100% de la plantilla se ha formado en el proyecto y el 92% ha superado el examen de formación on line.
4.- Además se han registrado otros indicadores:
- Número de pacientes con indicación de sondaje uretral correcta respecto al número total de pacientes con sonda x 100. Objetivo > 80%.
- Número de pacientes portadores de sonda insertadas en UCI con check list de inserción realizado en UCI respecto al número total de pacientes con sonda insertada en UCI x 100. Objetivo > 80%.
- Número de medidas realizadas del listado de verificación de inserción de sonda urinaria respecto al número de medidas de inserción del check list de inserción x 100. Objetivo > 80%.
- Número de medidas realizadas de mantenimiento de sonda urinaria respecto al número total de medidas de mantenimiento x 100. Objetivo > 60%.
- Número de pacientes portadores de sonda urinaria con criterios de retirada respecto al número total de pacientes con sonda x 100. Objetivo < 20%.

Todos ellos se realizan de forma trimestral con estudio de prevalencia y utilizando el listado de inserción, mantenimiento y planteamiento diario de retirada. Todos los estándares se han cumplido, por lo que la puesta en marcha de los listados y su asignación a Enfermería y Auxiliares y posterior registro ha ayudado a su cumplimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Todos los objetivos se han cumplido salvo el ratio de utilización de sonda urinaria, que creemos que es difícil de cumplir en nuestra UCI por el tipo de paciente y su gravedad que hace que nuestros pacientes tengan que llevar sonda urinaria, pero a pesar de el alto ratio de utilización el objetivo principal de menos de 2.7 episodios de infección por 1000 días de sondaje se ha cumplido con el beneficio para nuestros pacientes al disminuir una de las infecciones relacionadas con nuestros dispositivos y con la disminución de la morbimortalidad asociada.
- Como todos nuestros proyectos Zero tras su implantación, las medidas implantadas se han asumido en la práctica diaria con la implicación de todo el personal y han mejorado nuestra forma de trabajar con el consiguiente beneficio para el paciente y la introducción de datos a través de la Historia informatizada ha mejorado el registro de los check list de inserción y mantenimiento y retirada.
- La formación continua es fundamental para conseguir la correcta implantación del proyecto y su mantenimiento en el tiempo. El proyecto en la actualidad continua hasta el 20 de Abril de 2020, pero en nuestra UCI debemos seguir posteriormente con las mismas medidas y cumplimiento para mantener tasas bajas de infección. Conseguir que nuestros profesionales interioricen como propios el proyecto garantiza el éxito y la viabilidad a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.
Como en todos los proyectos Zero tenemos que seguir trabajando por nuestros pacientes

*** ========== Resumen del proyecto 2019/556 ========== ***

Nº de registro: 0556

Título
PREVENCION DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRITICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores:
LANDER AZCONA ARANZAZU, LACOSTENA PEREZ MARIA EUGENIA, CERRO JUNCOSA ANA, BUESA ESCAR ANA MARTA, FRECHIN PERTUSA RAUL, POLO MARTINEZ MARTA, LAIRLA OLIVAN MARTA, ALFARO ESCARTIN MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo paciente ingresado en UCI con cualquier patología que precise la colocación de una sonda uretral

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

## 1. TÍTULO

## PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un grave problema de salud pública a nivel mundial. Las Infecciones del tracto urinario (ITU) son IRAS frecuentes y producen aumento de morbimortalidad..

Hasta el 16% de los pacientes hospitalizados son portadores de una sonda uretral (SU) en algún momento de su estancia. El 70% de las ITU están asociadas con el uso de sonda uretral (SU). El ratio de utilización es UCI es del 0,86 (ENVIN-UCI 2016). El 95% de las ITU-SU ocurren en UCI.
Hasta 65%-70% de las ITU-SU son considerados evitables, siempre que se implementen correctamente las prácticas de prevención de infecciones.

Desde la implementación de los proyectos BZ, NZ y RZ se ha producido una reducción de la tasa de ITU-SU por 1000 días de sonda uretral del 12,4%, sin embargo continua siendo mayor respecto a las tasas publicadas en otros países (3,75 ITU-SU por 1000 días de sonda uretral).

Se ha realizado una revisión bibliográfica y se han elaborado una serie de recomendaciones de inserción, mantenimiento y retirada de la sonda uretral con el objetivo principal de disminuir las tasas de incidencia de infecciones relacionadas con el sondaje uretral.

Nuestra unidad como en los anteriores proyectos Zero se ha sumado a este proyecto con el objetivo de disminuir nuestras tasas de infección relacionada con la sonda uretral. Por lo tanto a lo largo del de este año se va empezar el proyecto tras haber elaborado un nuevo protocolo de sondaje, una formación previa del personal y una modificación de nuestro programa informático para poder registrar las medidas realizadas en la inserción, cuidados y retirada de la sonda.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal:
- Reducir la media del sistema nacional de salud de la densidad de incidencia (DI) de la ITU-SU por 1000 días de dispositivo a = 2,7 episodios.

Objetivos secundarios:
- Reducir la ratio de utilización (RU) de sonda uretral, expresado como días de sondaje respecto el total de estancias, a = 0,7.
- Reducción de los antimicrobianos utilizados en el tratamiento de las ITU-SU respecto el total de los utilizados para tratar infecciones asociadas a dispositivos a lo largo del periodo de estudio.
- Formación específica en el “Proyecto ITU-ZERO” de = 80% del personal asistencial de las unidades participantes en el proyecto.
- Actualizar los protocolos del procedimiento de inserción y mantenimiento de sonda uretral en las UCI.

MÉTODO
- Elaboración de un nuevo protocolo de sondaje.
- Formación presencial en pequeños grupos a todo el personal de la UCI y posterior formación on line.
- Elaboración de paneles con las nuevas recomendaciones en la UNIDAD.
- Implementación en el programA informático de las nuevas recomendaciones de inserción, mantenimiento y retirada para su cumplimiento y registro.
- Recogida de datos en la Base de datos ENVIN.
- Comunicación mensual de las tasas de infección al personal de la UCI.

INDICADORES
- Densidad de incidencia de infección del tracto urinario asociada a sonda uretral por 1000 días de dispositivo
-Porcentaje de pacientes con infección del tracto urinario asociada a sonda uretral respecto al total de pacientes analizados
- Ratio de utilización de sonda uretral.
- Antimicrobianos indicados para el tratamiento de la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral respecto el total de antimicrobianos indicados en el tratamiento de las infecciones asociadas a dispositivo.
- Porcentaje de profesionales sanitarios con formación específica en el Proyecto “ITU-ZERO”.

DURACIÓN
Fecha de Inicio Enero 2019
Fecha de finalización Abril 2020

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0556

## 1. TÍTULO

**PREVENCIÓN DE LA INFECCION URINARIA RELACIONADA CON LA SONDA URETRAL EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Noviembre – Diciembre 2018 formación presencial del personal de UCI Y RELIZACIÓN DE UN CURSO DE FORMACIÓN ON LINE
Diciembre- Enero 2018 realización nuevo protocolo de sondaje urinario del hospital y ratificación por la Comisión de Calidad
Diciembre 2018: incorporación a nuestra base de datos check list y cuidados de inserción y mantenimiento de la sonda.
Enero 2019 – Abril 2020: puesta en marcha del proyecto con la realización de las nuevas medidas y recogida de los datos en la base de datos ENVIN HELICS y análisis mes a mes con información de las tasas de infección al personal de la UCI.

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 - 2019/0021

## 1. TÍTULO

## ??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PELAY CACHO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ELBAILE SARASA ROSARIO
GONZALEZ GARCIA PILAR
RIVERO FERNANDEZ ELENA
SERVETO GALINDO OLGA
MADANI PEREZ JULIA
ANTON QUIROGA JESUS
BONDIA GIMENO ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Inicialmente se constituyó un equipo, formado por miembros de la Comisión de Soporte Vital Intrahospitalario del Hospital San Jorge, para llevar a cabo las actividades del plan de mejora.
• Se han convocado y realizado cuatro talleres de Soporte Vital Instrumental acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón (dos en Octubre 2019 y dos en Noviembre 2019)
• Se diseñó un programa de información a los profesionales del Hospital San Jorge de Huesca sobre la realización de estos cursos, a parte de su publicación en el Portal del Empleado, a través de los siguientes métodos:
o Envío de mensajes al correo institucional
o Comunicación directa a las Supervisoras de Enfermería
o Colocación de Cartelería publicitando los talleres en los Controles de Enfermería
o Avisos de la existencia de los talleres en las Sesiones Clínica Generales semanales del Hospital
• Se ha realizado una encuesta a los alumnos de los talleres para averiguar, entre otros ítems, el medio por el que han tenido conocimiento de la existencia de estos talleres
• Se ha realizado una encuesta a una muestra representativa de los trabajadores del hospital (se encuestó a todos los profesionales sanitarios que trabajaron en el hospital en plantas de hospitalización el día 23 de diciembre, tanto en el turno de mañana, como en el de tarde y en el de noche) para valoración del grado de satisfacción de la información recibida acerca de la existencia de cursos de reanimación cardiopulmonar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• Ocupación de las plazas ofertadas en los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon: Se han ocupado el 100% de las plazas ofertadas en los cursos, tanto de los organizados por la Comisión de Formación Continuada (el estándar a alcanzar era > 90%), como los talleres organizados por los miembros del Plan de Mejora a través de la Comisión de Formación Continuada (Estándar > 80%), quedando un número importante de profesionales en lista de espera, que es suficiente para realizar más ediciones de dichos cursos.
• Conocimiento de la existencia de cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón (Estándar > 85%) y conocimiento de la existencia de talleres de actualización de RCP (Estandar > 80%): Para la evaluación de ambos indicadores se ha realizado una encuesta a los profesionales sanitarios que trabajan en el hospital, la encuesta se realizó a una muestra representativa de los trabajadores del hospital (se encuestó a todos los profesionales sanitarios que trabajaron en el hospital en plantas de hospitalización el día 23 de diciembre, tanto en el turno de mañana, como en el de tarde y en el de noche) para valoración del grado de satisfacción de la información recibida acerca de la existencia de cursos de reanimación cardiopulmonar. Con los resultados obtenidos sabemos que hasta en el 88% de los casos consideran satisfactoria o muy satisfactoria la información recibida, sólo el 12% restante consideran la información recibida como poco satisfactoria, por lo que se han superado los estándares de ambos indicadores.
• Con los datos obtenidos en las encuestas realizadas al finalizar los talleres de RCP hemos observado que el 20% de los alumnos se han enterado de la existencia de estos talleres sólo a través del Portal de Empleado. El 86% de los alumnos habían conseguido la información a través de varios métodos: Portal del Empleado, cartelería colocada en los Controles de Enfermería, y por comunicación directa de otros compañeros. El 35 % de los alumnos se enteraron por medios distintos al Portal del Empleado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de cursos o talleres de reanimación cardiopulmonar, ya sea básica, instrumental o avanzada, es una de las actividades más demandadas por los profesionales sanitarios que trabajan en un hospital. Los cursos se deberían de impartir con la periodicidad suficiente como para poder abarcar a todo el personal sanitario que esté interesado en realizarlos.
Con la realización de este plan de calidad se ha mejorado la difusión de los cursos de reanimación cardiopulmonar, haciendo la información más accesible a los profesionales sanitarios del Hospital San Jorge.
Sería recomendable en el año 2020 realizar nuevas ediciones de los talleres de Soporte Vital Instrumental.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0021

## 1. TÍTULO

## ??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

*** ========== Resumen del proyecto 2019/21 ========== ***

Nº de registro: 0021

Título
IMPLANTACION DE UN PLAN DE INFORMACION DE CURSOS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Autores:
PELAY CACHO RAQUEL, ELBAILE SARASA ROSARIO, GONZALEZ GARCIA PILAR, RIVERO FERNANDEZ ELENA, SERVETO GALINDO OLGA, MADANI PEREZ JULIA, ANTON QUIROGA JESUS, BONDIA GIMENO ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población sana, trabajadores del Hospital San Jorge
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la información y accesibilidad a cursos de RCP y talleres de actualización de RCP
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria tiene una incidencia de entre el 0,4 y el 2% de los pacientes ingresados; se estima que en España, extrapolando datos de nuestro entorno, se producen unas 18000 PCR al año, siendo, por lo tanto, un importante problema de Salud Pública.

La supervivencia es sólo de 1 de cada 5 pacientes, y de éstos pacientes supervivientes hasta un 30% presentarán secuelas neurológicas graves con lesión cerebral permanente. La mayoría de los casos que sobreviven son pacientes ingresados en Unidades de Críticos, mientras que la supervivencia de las PCR que ocurren fuera de estas áreas de hospitalización es de 1 cada 6 pacientes, siendo en estas zonas donde se producen la mitad de las PCR del hospital.

Existe la evidencia de que se pueden mejorar los datos de supervivencia y disminuir las secuelas tras una PCR, si se mejora la respuesta asistencial, mediante la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria. En el año 2005, Perales y col. publicaron las recomendaciones para obtener estos objetivos, entre las que se incluye que “el personal del Hospital debe estar entrenado y reciclado en Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de acuerdo con sus niveles de competencia y responsabilidad”, para lo cual se debe establecer un programa de formación continua y periódica tanto del personal sanitario como no sanitario en técnicas de RCP. La docencia y cursos de reciclaje deben estar programados y difundidos, para que todo el personal tenga acceso a ellos.

La formación en RCP del personal que trabaja en un hospital tiene como objetivo disminuir la morbimortalidad de la PCR, lo cual depende de la calidad y rapidez con la que se realiza la RCP. Por ello deben garantizarse cursos anuales de RCP, talleres de actualización y simulacros de PCR. Distintos estudios han demostrado que la realización de cursos de soporte vital instrumental conlleva una reducción del número de PCR y un aumento del número de avisos de situaciones preparada. La información sobre la existencia de estos cursos debe ser ampliamente distribuida, de manera que llegue al mayor número posible de trabajadores.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la difusión de los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón.
Realización periódica de talleres de actualización de RCP para el personal del Hospital San Jorge.

MÉTODO
Elaborar un plan de divulgación de la realización de cursos y talleres de formación de RCP, aparte de lo publicado en el Portal del Empleado, mediante la colocación de cartelería en puntos visibles del Hospital, despachos, controles de enfermería, así como con avisos en las Sesiones Generales, con la anticipación suficiente para facilitar la inscripción a dichos cursos.

INDICADORES
1- Conocimiento de la existencia de cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon
Dimensión: Satisfacción

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0021

## 1. TÍTULO

### ??IMPLANTACIÓN DE UN PLAN DE INFORMACIÓN DE CURSOS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Fórmula: Nº de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de cursos de RCPx100/Nº trabajadores del hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 85%

2 Ocupación de las plazas ofertadas en los cursos de RCP acreditados por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragon
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: Nº de trabajadores asistentes a los cursos de RCPx100/Nº plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente:Base de datos de cursos del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 90%

3- Conocimiento de la existencia de talleres de actualización de RCP
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: Nº de trabajadores que han recibido la información sobre la realización de talleres de actualización de RCPx100/Nº trabajadores del hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Encuesta a los trabajadores del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 80%

4- Ocupación de las plazas ofertadas en los talleres de actualización de RCP
Dimensión: Satisfacción
Fórmula: Nº de trabajadores asistentes a los talleres de actualización de RCPx100/Nº plazas ofertadas en los cursos de RCP en el hospital
Población: Trabajadores del hospital
Fuente: Base de datos de cursos del hospital
Tipo: Resultado
Estándar: > 80%

DURACIÓN
Se realizará a lo largo del año 2019, una vez estén publicados los cursos de RCP acreditados en el Portal del Empleado y difundidos los talleres de actualización de RCP. Los resultados se evaluarán al finalizar el año.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0372

## 1. TÍTULO

## ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... TERESA OMISTE SANVICENTE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
EGIDO MURCIANO MIGUEL
ANDRES GARCIA DANIEL
BELTRAN ALOS CLARA
MAUREL GRUAS ALEJANDRO
CARMONA ESCRIBANO VALLE
JIMENO GRIÑO CARMEN
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Entre los meses de abril y mayo de 2019 se realizó frotis nasal y perianal en 95 residentes de más de 65 años, previa firma de consentimiento informado por parte de los mismos o familiares. Se utilizaron hisopos flocados. Se realizó siembra en medio cromogénico. La prevalencia de colonización por SARM fue del 53%, de los cuales 34% estaban colonizados tanto nasal como perianal.
Se han estudiado además los factores de riesgo asociados a mayor transmisión (grado de autonomía-índice de Barthel-nivel deterioro cognitivo-test de Pfeiffer-estado de piel/mucosas, desnutrición, diabetes y presencia de vías o sondas). Entre los pacientes positivos para SARM, el 56 % presentan un índice de Barthel < 20 puntos, es decir, son dependientes totales para las actividades de la vida diaria. El 64 % puntúan más de 8 errores en el test de Pfeiffer (deterioro cognitivo severo). El 30 % tienen lesiones cutáneas. El 38 % son diabéticos y el 30% presentan desnutrición. Únicamente 1 de los pacientes es portador de sonda vesical permanente. El 50% de los colonizados habían recibido antibiótico en los tres meses previos a la toma de las muestras y un 10% habían precisado ingreso hospitalario en dicho periodo.
El viernes 12 de abril de 2019 se realizó una primera sesión informativa con el personal de la residencia, incluyendo un breve taller de lavado de manos impartido por la Dra Zamora, preventivista del Hospital San Jorge. El 9 de Julio se realiza la segunda sesión informativa insistiendo en la importancia del lavado de manos y el correcto uso de guantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivo esperado: Número de pacientes (más del 80 % como objetivo) en los que se analiza el estado de portador, colonizado o infectado por SARM y porcentaje global de aislamiento de SARM en las muestras analizadas. Valor de indicador: 10 (realizado)

Objetivo esperado: Análisis de los indicadores elegidos para estratificar el riesgo de transmisión en más del 80 % de los residentes en los que se aisle SARM. Valor de indicador: 10 (realizado)

Objetivo esperado: Realización de 2 talleres formativos a los trabajadores del centro geriátrico, la primera de ellas en el primer semestre de 2019. Valor de indicador: 10 (realizado)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La prevalencia de SARM entre la población estudiada es muy elevada. Nos parece importante, la implementación de programas de vigilancia que permitan la identificación y el control de las bacterias multi-resistentes y por ello adelantar las medidas de control en portadores, que a menudo acuden a centros hospitalarios para visitas ambulatorias o ingresos. Asimismo, el conocimiento de los factores epidemiológicos asociados puede contribuir a una disminución de la prevalencia del SARM. Debemos insistir en el cumplimiento de las medidas higiénicas y creemos que son necesarios más trabajos que demuestren la eficacia de las medidas de control que atajen la transmisión entre los distintos reservorios.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/372 ========== ***

Nº de registro: 0372

Título
ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

Autores:
OMISTE SANVICENTE TERESA, EGIDO MURCIANO MIGUEL, ANDRES GARCIA DANIEL, BELTRAN ALOS CLARA, MAUREL GRUAS

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0372

## 1. TÍTULO

## ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA

ALEJANDRO, CARMONA ESCRIBANO VALLE, JIMENO GRIÑO CARMEN, BETRAN ESCARTIN ANA I

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Ancianos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia del SARM ha aumentado progresivamente durante los últimos años, tanto en España como en el resto de Europa. En la actualidad se considera un gran problema de salud pública por su carácter pandémico. Pese a la existencia de recomendaciones, guías y protocolos existentes en los diferentes Centros hospitalarios españoles continúa la elevada incidencia de SARM en dichos Centros, así como en las residencias geriátricas e incluso fuera de dichos entornos. El mapa de resistencias analizado en el Hospital San Jorge en últimos años (2016 y 2017) muestra un porcentaje de SARM superior al 40%, tasa que se encuentra entre las más elevadas de nuestro país.
Las infecciones de SARM provocan un aumento de la morbimortalidad, incrementándose los costes sanitarios, debido a la prolongación de las estancias hospitalarias.
Los pacientes colonizados por SARM tienen más probabilidades de desarrollar una infección por ese microorganismo que los pacientes colonizados por S. aureus sensible de desarrollar infecciones por este último. Además, las personas colonizadas, pueden transmitir el SARM sin saberlo, contribuyendo de forma involuntaria a que las infecciones por SARM se extiendan.
Las manos contaminadas del personal sanitario (o médico y de enfermería) es el mecanismo más frecuente de transmisión. El lavado de manos se considera como la medida más importante y eficaz para reducir los riesgos de transmisión, y debe aplicarse en el manejo de todos los ingresados y residentes; el uso de guantes no suple dicha medida.

RESULTADOS ESPERADOS
- La población diana elegida son los residentes de la Residencia de personas mayores “Ciudad de Huesca” donde hay 128 residentes.
- El objetivo fundamental del proyecto es analizar la prevalencia de SARM en dicho centro residencial, diferenciando las personas portadoras, colonizadas e infectadas, así como estratificación del riesgo de transmisión de la población analizada.
- Otro resultado que se espera conseguir es concienciar al personal que trabaja en el centro elegido de la importancia y necesidad de que se realicen correctamente y se mantengan las prácticas de lavado de manos, contribuyendo así a disminuir el riesgo de transmisión de infecciones.

MÉTODO
1. Realizar un listado de los residentes en la Residencia Ciudad de Huesca que tengan de más de 65 años analizando en cada uno de ellos el estado de portador o de colonización/infección por SARM.
2. Estudiar en los que aparezca SARM, los factores de riesgo de mayor transmisión:
- Grado de autonomía personal medido por el índice de Barthel.
- Nivel de deterioro cognoscitivo medido por test de Pfeiffer
- Estado de piel y mucosas: presencia de lesiones en la piel (dermatitis, eccema), heridas o úlceras.
- Situación médica (desnutrición, diabetes o inmunodepresión) y presencia de dispositivos invasivos (vías o sondas)
3. Realizar sesiones formativas sobre la higiene de manos para el personal que trabaja en dicho centro geriátrico.

INDICADORES
- Número de personas (más del 80 % como objetivo) en los que se analiza el estado de portador, colonizado o infectado por SARM.
- Porcentaje global de aislamiento de SARM en las muestras analizadas.
- Análisis de los indicadores elegidos para estratificar el riesgo de transmisión en más del 80 % de los residentes en los que se aisle SARM.
- Realización de 2 talleres formativos a los trabajadores del centro.

DURACIÓN
Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se iniciará en marzo de 2019, completándose a finales de año. Se realizará una primera sesión formativa en el primer semestre de 2019 y una segunda en el segundo semestre de este mismo año.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0372

## 1. TÍTULO

**ANALISIS DE PREVALENCIA DE SARM EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES CIUDAD DE HUESCA**

OBSERVACIONES
Se ha solicitado la autorización correspondiente a la realización de este estudio de investigación a la Dirección del Hospital San Jorge, que lo ha autorizado

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 - 2019/0375

## 1. TÍTULO

## VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DANIEL ANDRES GARCIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR
MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO
PELAY CACHO RAQUEL
MADROÑERO VUELTA ANA BELEN
DE DIOS ROMERO ALBERTO
CARMONA ESCRIBANO VALLE
CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de 2019 en la Unidad Dermatología-Medicina Interna se han valorado 21 pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular al menos moderado. Se han considerado los siguientes parámetros en todos ellos: anamnesis, exploración física (incluyendo parámetros antropométricos y medida de presión arterial secuencial en consulta), y determinación analítica de perfil lipídico, glucemia y hemoglobina glicada.
Media de edad: 52,71 años. El 90,47% tienen dislipemia (n=19), el 8,4% son diabéticos (n=4), 6 sujetos son fumadores y 10 exfumadores. El 95,23% tienen sobrepeso (n=20), 11 son hipertensos y 10 no hipertensos conocidos.
Se ha realizado estudio con MAPA para valoración de HTA enmascarada y otros patrones asociados con mayor riesgo cardiovascular en los 10 sujetos no hipertensos. Para ello se ha contactado con dichos pacientes telefónicamente colocándose aparato MICROLIFE WatchBP 03 durante 24 horas, incluyendo el descanso nocturno. Posteriormente se ha valorado el resultado, instaurando las medidas terapéuticas oportunas en caso necesario.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De los 10 sujetos estudiados, encontramos 3 hipertensos (HTA enmascarada) y 7 no hipertensos. De estos últimos, sólo 3 presentan patrón dipper; 1 presentó patrón riser y 3 patrón dipper extremo, confiriendo estos dos patrones un mayor riesgo cardiovascular.
Se ha iniciado tratamiento farmacológico antihipertensivo en los tres pacientes con HTA enmascarada, y se ha insistido en cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas en los sujetos con patrón desfavorable.

“Número de pacientes atendidos en la Unidad Dermatología-Medicina Interna en los que se valora la presencia de enfermedad cardiovascular y FRCV”: 100% (estándar> 80%)

"Porcentaje de sujetos no hipertensos atendidos en la Unidad a los que se realiza MAPA de 24 horas”: 100% (estándar >80 %)

"Número de pacientes con datos de HTA enmascarada en MAPA": 33,3 %

“Número de enfermos en los que se realiza una intervención terapéutica tras diagnóstico de HTA enmascarada con MAPA”: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En este grupo de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular moderado-alto, el estudio de HTA mediante MAPA ha mostrado que 7 de los 10 sujetos supuestamente no hipertensos presentan un patrón de presión arterial que implica mayor riesgo cardiovascular (HTA enmascarada, patrón dipper extremo y patrón riser).
Por ello, el estudio MAPA en este tipo de pacientes puede ser de utilidad para reestratificar el riesgo cardiovascular e instaurar las medidas terapéuticas y/o preventivas oportunas.
Podría plantearse incluir la realización de MAPA dentro de las exploraciones rutinarias de los pacientes con psoriasis, para mejorar su valoración integral.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/375 ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0375

## 1. TÍTULO

## VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Nº de registro: 0375

Título
VALORACION DE HIPERTENSION ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores:
ANDRES GARCIA DANIEL, GONZALEZ GARCIA MARIA PILAR, MALLEN DIAZ DE TERAN MARIO, PELAY CACHO RAQUEL, MADROÑERO VUELTA ANA BELEN, DE DIOS ROMERO ALBERTO, CARMONA ESCRIBANO VALLE, CAMIÑA CEBALLOS MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que precisa una valoración integral del paciente debido a la frecuente comorbilidad asociada. Por ello se ha creado en el Hospital San Jorge la Unidad Dermatología-Medicina Interna con el objetivo de mejorar la atención de pacientes con psoriasis y riesgo cardiovascular (RCV) moderado o alto por tener dos o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV).
La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en los enfermos psoriásicos alcanza en algunas series hasta más del 50% y se considera fundamental su control adecuado. La HTA enmascarada, definida como presión arterial clínica normal con presión ambulatoria elevada -diagnosticada con monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA)- es una entidad que se asocia con un aumento de la morbimortalidad cardiovascular. Se ha descrito en la literatura que la prevalencia de HTA enmascarada en sujetos con algunos tipos de psoriasis es superior a la encontrada en personas sin psoriasis. Por ello parece razonable realizar un estudio con MAPA en estos enfermos para su diagnóstico y mejor control.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es valorar mediante MAPA la existencia de HTA enmascarada en los pacientes no hipertensos atendidos en esta Unidad, para un correcto abordaje de todos los FRCV.

MÉTODO
Se valorará la presencia de enfermedad cardiovascular establecida y FRCV en los pacientes valorados en la Unidad Dermatología-Medicina Interna durante el segundo semestre del 2019. Los sujetos incluidos deben cumplir dos o más de los siguientes criterios:
- HTA: PA = 140/90 mmHg o estar bajo tratamiento antihipertensivo.
- Dislipemia: Colesterol total > 200 mg/dl y/ o LDL > 130 o tratamiento hipolipemiante
- Diabetes mellitus: HbA1C > 6.5% o glucemia = 126 mg/dl o tratamiento
- Obesidad: IMC =30 y/o perímetro de cintura > 80 cm ? y > 94 ?
- Hábito tabáquico

Se realizará estudio de MAPA durante 24 horas a los sujetos no hipertensos para valorar la existencia de HTA enmascarada y de ese modo mejorar la valoración global del RCV.

INDICADORES
- “Número de pacientes atendidos en la Unidad Dermatología-Medicina Interna en los que se valora la presencia de enfermedad cardiovascular y FRCV”. (Estándar 80%)
- “Porcentaje de sujetos no hipertensos atendidos en la Unidad a los que se realiza MAPA de 24 horas”. (Estándar 80%)
- “Número de pacientes con datos de HTA enmascarada en MAPA”.
- “Número de enfermos en los que se realiza una intervención terapéutica tras diagnóstico de HTA enmascarada con MAPA”.

DURACIÓN
La consulta de la Unidad Dermatología-Medicina Interna se lleva a cabo una vez al mes, de forma conjunta con dos facultativos, uno de Dermatología y otro de Medicina Interna. La recogida de datos y seguimiento de los sujetos se desarrollará en el segundo semestre de 2019. Tras ser valorados en la consulta se citará a los sujetos no hipertensos de forma ambulatoria para realizar estudio de MAPA durante 24 horas.
Según los datos obtenidos de su valoración global se instaurarán las medidas higiénico dietéticas y farmacológicas necesarias para optimizar su RCV.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0375

## 1. TÍTULO

**VALORACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

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 - 2019/0801

## 1. TÍTULO

## CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA BLANCA JUSTE GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVATIERRA DOMPER SUSANA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. En nuestra unidad recibimos los volantes de derivación de los especialistas y los registramos en el Excel con fecha de llegada y prioridad.
2. La consulta médica se realiza un día a la semana(durante este año 2019), se citan cada 20 minutos 10-12 pacientes cada día.
. La consulta de enfermería se realiza de lunes a viernes de 9h a 11h, citando cada 15 minutos, personalizando en algunos casos, otros horarios las citas si por motivos laborales o personales no pueden venir en ese horario

3. El médico emite un informe con el programa de vacunación recomendado del cual imprime 3 copias, una de ellas para el paciente, otra para la Historia del especialista que lo deriva y otra para enfermería de la consulta de vacunas de nuestra unidad. Desde 1 de Diciembre de 2019, tras permiso de Historia clínica electrónica, el médico de la unidad abre episodio e introduce el informe en Historia clínica del paciente y enfermería registra las vacunas puestas en el mismo episodio con marca comercial, lote, caducidad y la extremidad dónde se administra cada vacuna.
4- El mismo día de la consulta tras valoración médica se inicia el programa de vacunación recomendado y se le da al paciente una cartilla con sus datos personales y dónde registramos las vacunas administradas con su nombre comercial, fecha, lote, caducidad, extremidad en la que se administra. Esta cartilla le indicamos la debe guardar, y traer cada vez que venga a la consulta. También le indicamos que cuando acabe el programa de vacunación dicha cartilla la debe llevar a su médico y/o enfermera de Atención Primaria para que le registren todas las vacunas administradas en el programa de Atención Primaria OMÍ-AP, al cual no tenemos acceso.
5. Tras la administración y registro de vacunas se le cita para la siguiente dosis y se le hacen las recomendaciones si reacción a la administración de la vacuna en los siguientes días., esperando mientras sobre 10 minutos por si hubiera alguna reacción vacunal inmediata.
6. Creamos un Excel de vacunación con todos los pacientes en programa de vacunación, las vacunas puestas y la fecha de volver para que nos sea mas fácil la obtención de datos.
7. El calendario marcado fue de 6 meses: 1/03/2019 hasta 31/08/20 pero lo hemos ampliado en la memoria final hasta 31/11/2019.
8. Los recursos empleados: La consulta se puso en funcionamiento con el mismo personal que tenía la unidad, pero en otra ubicación para este fin situada en la 2ª Planta de Hospitalización dotada de un ordenador, una impresora, y material necesario para el acto vacunal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. El facultativo de Medicina Preventiva ha derivado 212 informes con el programa de vacunación establecido en cada caso, de los cuales hemos comenzado con dicho programa en 202 casos. De ellos el 53.46% son mujeres y el 46.53% son hombres.
. En cuanto a las especialidades que mas frecuentemente han derivado pacientes son: 38.85% corresponden a Digestivo, 22.79% Reumatología, 18.13% Nefrología, 6.21% Dermatología lo que supone el 85.5% de las derivaciones, el resto corresponden a Hematología, Medicina Interna, Neumología, Otorrino, Neurología, Atención Primaria.
. En cuanto a vacunas administradas en este periodo: Total :888, siendo Fendrix 20, Prevenar 13; Pneumovax 23 y Menjugate las mas administradas.
. En cuanto a reacciones postvacunales : Se han observado hasta el momento sólo reacciones locales de mayor o menos intensidad y en muy pocos casos reacciones febriles.
2. Resultado Final: Porcentaje de pacientes vacunados en consulta de enfermería según informe médico / total de pacientes derivados de la consulta médica de M. Preventiva es de 95% cumpliendo asi el objetivo establecido.
3. Para conseguir los datos de la memoria hemos utilizado la base de datos de Excel creada para este fin

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Ha aumentado la satisfacción de los pacientes ya que no tienen que seguir el circuito establecido anteriormente, tras ser visto en la consulta y con el informe elaborado por el facultativo recogía todas las vacunas en la farmacia y se le administraban en Atención Primaria.
2. Con la puesta en marcha de la consulta de enfermería las vacunas son administradas en la misma, de manera que el paciente ya no se hace responsable de dichas vacunas salvaguardando la cadena del frío y consiguiendo mayor adhesión al programa vacunal establecido ya que las citas se adecuan siempre que es posible a las necesidades de los pacientes e incluso cuando no acuden les avisamos por teléfono y en la mayoría de los casos que ocurre que se han olvidado de acudir, se les cita en ese momento para otro día por lo cual no ha abandonado nadie el programa de vacunación establecido
3. En caso de desabastecimiento de vacunas que no podemos administrar algunas dosis, controlamos en consulta

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0801

## 1. TÍTULO

## CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

cuando llegan a la farmacia para avisar a los pacientes que no e han podido administrar, por lo cual por este motivo no ha abandonado nadie el programa de vacunación establecido
4. Por todo esto consideramos que la adhesión al programa es satisfactoria para nuestra consulta porque el seguimiento es elevado, y el porcentaje que falta para el 100% es debido a que no tienen claro la vacunación por diversos motivos.

7. OBSERVACIONES.
La consulta de vacunaciones ha supuesto un aumento de la carga laboral de enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva tanto asistencial como burocrática.
Debido a problemas de espacio en el centro, la consulta de enfermería está situada en una zona que a veces no encuentran bien los pacientes (2ª Planta al lado de quirófano) aunque celadores y vigilantes colaboran para que puedan acceder a la sala de espera adecuada

*** ========== Resumen del proyecto 2019/801 ========== ***

Nº de registro: 0801

Título
CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
JUSTE GRACIA MARIA BLANCA, SALVATIERRA DOMPER SUSANA, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes incluidos en Protocolo de vacunación en pacientes en grupos de riesgo
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el aumento de pacientes con necesidad de vacunaciones por pertenecer a grupos de riesgo incluidos en el protocolo de nuestro hospital (PO-03-HU) y administrar desde el servicio de farmacia del hospital este tipo de vacunas para que el paciente lo gestionase en su centro de salud, nos planteamos que dichas vacunas se administren en el hospital para unmejor control de la cadena del frío, de la administración y del seguimiento de las mismas.
Este tipo de atención sanitaria ya se está llevando a cabo en varios hospitales de nuestra comunidad con buenos resultados de adhesión y control

RESULTADOS ESPERADOS
Administrar en nuestra consulta de enfermeria de vacunas al 80% de los pacientes vistos en la consulta médica de M. Preventiva con prescripción de las mismas

MÉTODO
El 01/03/2019 se inicia la consulta de vacunaciones de pacientes de riesgo incluidos en el protocolo (PO-03-HU) por parte de enfermeria de la unidad de M. Preventiva.
Tras la consulta médica, realizamos una revisión de los informes de vacunación de los pacientes vistos por el facultativo de M. Preventiva, programándolos según las pautas personalizadas de cada paciente de acuerdo con sus patologias .
Citamos a los pacientes a traves del programa HIS, y tras la primera dosis de vacuna, se le entrega una cartilla donde se registran los siguiente datos: Vacuna administrada, fecha,lote y caducidad, extemidad dónde se administra, todos estos datos son registrados tambien en su Hª Clinica, incluyendo los efectos adversos comunicados por el paciente (a traves de via teléfonica o bien personalmente)

INDICADORES
Porcentaje de pacientes vacunados en consulta de enfermeria según informe médico/total de pacientes derivados de la consulta médica de M.Preventiva.
Se pretende conseguir un porcentaje mayor o igual al 80%

DURACIÓN
Evaluación de resultados e introducción de medidas correctoras: 6 MESES

OBSERVACIONES

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0801

## 1. TÍTULO

## CONSULTA DE ENFERMERIA DE VACUNACIONES DEL HOSPITAL SAN JORGE

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

*** ================================================================================================== ***
```

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

## 1. TÍTULO

## PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS TORRES SOPENA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR
EGIDO MURCIANO MIGUEL
ELBAILE SARASA MARIA ROSARIO
ELDUQUE PALOMO AMADEO
MEJIA ESCOLANO DAVID
OMISTE SANVICENTE TERESA
ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Seguimiento de pacientes con bacteriemia, indicando y aconsejando el tratamiento antibiótico más adecuado en cada caso
- Realización del mapa de resistencias del Sector de Huesca de 2018.
- Informe del consumo de antibióticos del Hospital San Jorge de Huesca
- Realizar dos cursos de formación en PROA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Presentación del Mapa de resistencias del Sector de Huesca en 2018:S/N. Presentado en sesión clínica del Hospital el 17/10/2019. Objetivo cumplido.
- Informe del consumo de antibióticos en 2018: S/N. Se ha realizado un informe que disponible en la intranet del Sector de Huesca. Objetivo cumplido.
- Seguimiento de bacteriemias y vigilancia de microorganismos multi-resistentes: =80% Se han informado el total de bacteriemias y el total de microorganismos multi-resistentes (100%). Objetivo cumplido.
- Medir mortalidad cruda a los 14 días: S/N. Se ha detectado una mortalidad del 4,4%. Objetivo cumplido.
- Medir estancia media hospitalaria: S/N. La estancia media ha sido de 13 días, con una mediana de 8 días. Objetivo cumplido.
- Porcentaje de pacientes con bacteriemias atendidas por experto PROA: =80%. El % de pacientes atendidos ha sido del 98,1%. Objetivo cumplido.
- Medición del tiempo de informe de bacteriemias, desde el resultado positivo hasta el informe al grupo de PROA: =24 h. El 100% ha sido inferior a 24 horas. Objetivo cumplido.
- Realización del Documento PROA S/N. Se ha realizado el Documento de PROA que está disponible en la intranet del Sector. Objetivo cumplido.
- Designar FEAs de enlace de diferentes Servicios/Unidades que más relación tienen con la prescripción de antimicrobianos. Al menos 5 FEAs. Se han designado 15 FEAs de 15 servicios/unidades diferentes, incluyendo Hospital Sagrado Corazón. Objetivo cumplido.
- Realizar dos sesiones formativas en el año. S/N. Se han realizado dos sesiones de formación: una relacionada con las infecciones del tracto urinario (23/05/2019) otra relacionada con las infecciones del tracto respiratorio superior (4/12/2019). Objetivo cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante el trabajo en equipo y multidisciplinar.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2016/1718 ========== ***

Nº de registro: 1718

Título
PROYECTO DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
TORRES SOPENA LUIS, AMADOR RODRIGUEZ MARIA PILAR, EGIDO MURCIANO MIGUEL, OMISTE SANVICENTE TERESA, LABARTA MONON LORENZO, EL DUQUE PALOMO AMADEO, ZAMORA RODRIGUEZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

## 1. TÍTULO

### PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Implantación Programa de Optimización para uso de Antimicrobianos en el HSJ para el uso apropiado y racional de antimicrobianos, disminuir gasto farmacéutico y tasas de resistencias de los diferentes microorganismos

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar resultados clínicos
- Minimizar efectos adversos
- Mejorar pronóstico de pacientes
- Reducir resistencias bacterianas
- Preservar ecología hospitalaria
- Garantizar tratamientos coste-efectivos, reduciendo el coste sanitario
- Reducir estancias hospitalarias
- Generar conocimientos

MÉTODO
- Análisis de la situación en relación a medios, equipamientos, recursos, personal, guías de tratamiento antimicrobiano y formación.
- Analizar resistencias bacterianas
- Evaluar uso y consumo de antibióticos
- Evaluar idoneidad de tratamientos antibióticos
- Medición de parámetros anteriores
- Actuación en puntos débiles hallados
- Nueva evaluación para detectar las posibles mejoras tras las actuaciones

La comunicación de PROA se realizará mediante e-mail y reuniones semanales. Igualmente, las alertas microbiológicas se realizarán a través de whatsapp desde el Laboratorio de Microbiología a facultativos correspondientes. Los datos epidemiológicos se recogerán en un archivo que estará disponible en una carpeta común a la que todos los facultativos de PROA tendrán acceso. Esta carpeta estará en un servidor del HSJ. Los facultativos dispondrán de ordenadores y cuentas de correo, y disponibilidad en el servidor para colocar esa carpeta.
Se precisará espacio de reuniones, que tenga ordenador
- Informática
- Lugar de reuniones
- Personal
- Formación
- Whatsapp

Se precisará tiempo de facultativos para realizar las acciones previstas. Al ser las plantillas ajustadas se podría contratar algún FEA para conseguir los objetivos.
Formación, se prevén acciones:
- Presentación del programa a todas las unidades/servicios del HSJ
- Actualización de la guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas
- Actividades formativas individuales mediante la asesoría por parte de PROA
- Presentación de forma anual a los diferentes servicios/unidades de los resultados de los indicadores del PROA
- Inclusión del programa PROA dentro del plan de formación MIR, previo acuerdo con la Comisión de Docencia
- Procedimiento normalizado para la inclusión/exclusión de antimicrobianos, que incluya el informe del PROA

INDICADORES
- Indicadores de uso de antimicrobianos: medición consumo global de antibióticos mediante:
1) Determinación de DDD/1000 estancias globales y por antimicrobiano del centro
2) Gasto directo de antimicrobianos. Evolución del uso de los antibióticos estratégicos: carbapenem; inhibidores de las betalactamasas y quinolonas, mediante la proporción que éstos antimicrobianos representan sobre el total. Informe global del centro y estratificado por servicio o unidad.
- Indicadores de resistencias bacterianas: Medición de las resistencias bacterianas, determinando los principales microorganismos multirresistentes del centro incluyendo Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o carbapenemasas, Pseudomonas aeruginosa multirresistente, Acinetobacter baumannii multirresistente, Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y Clostridium difficile. y a) calcular los % de resistencia a los principales antibióticos de cada uno de ellos; y b) la densidad de incidencia de los mismos (nº aislamientos en muestras clínicas/paciente/1000 estancias). Caracterización de mecanismos de resistencia

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1718

## 1. TÍTULO

### PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

- Indicadores clínicos: Medición de mortalidad cruda a los 14 días de los pacientes con las cinco primeras causas de bacteriemia en el centro, excluyendo estafilococos coagulasa negativos. Evaluación de la calidad en la atención a los pacientes con bacteriemia por BMR, determinando los siguientes indicadores: a) % de estas bacteriemias atendido por el experto del PROA; b) tiempo desde el diagnóstico microbiológico hasta recomendación terapéutica por el experto del PROA; c) % de tratamientos empíricos adecuados global d) Mortalidad cruda a los 14 días y e) estancia hospitalaria hasta el alta.
- Indicadores de satisfacción: encuestas de satisfacción a los facultativos del HSJ

DURACIÓN
- Formación del PROA: 11-Mar-2016
- Presentación oficial: 20-Oct-2016, se determinaron facultativos y funciones a realizar, resistencias de los microorganismos más habituales, y el resultado de bacteriemias de pacientes procedentes de Urgencias, Medicina Interna y UCI
- Ene-2017: programar objetivos
- Ene-2017: diseño ficha recogida datos de bacteriemias (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: finalización Guía de tratamiento antimicrobiano (todos los servicios implicados)
- Feb-2017: mapa de resistencias de 2016 (Microbiología)
- Feb-2017: consumo de antibióticos de 2016 (Farmacia)
- Jun-2017: exposición de resultados de resistencias, consumo de antimicrobianos e indicadores clínicos.
- Formación MIR: comienzo con año académico.
- Aviso desde Microbiología de bacteriemias: todo el año (Microbiología y servicios implicados).
- Ene-2018: evaluar indicadores (todos los servicios implicados)

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 - 2019/0336

## 1. TÍTULO

## POSTER INFORMATIVO TOMA MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSA CORED NASARRE
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARCOS GALEOTE ANGELA
ALOS CORONAS ELENA
LOPEZ VILLA ANA
UBIETO ROLDAN ANA BELEN
LUIS GRACIA ANA
LIESA LAFITA PAULA DEL CARMEN
MALO PINTADO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SE ELABORA UN POSTER DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS DONDE FIGURAN EL TIPO DE MUESTRA, CONTENEDORES A UTILIZAR Y TEMPERATURA DE CONSERVACIÓN DE LAS MISMAS.

-EL 2 DE ABRIL 2019: REUNIÓN CON EL PERSONAL DE LABORATORIO EN LA QUE SE EXPONE LA IDEA DE ELABORAR UN PÓSTER DE TOMA DE MUESTRAS.
SE ACUERDA OTRA REUNIÓN POSTERIOR PARA EL 9 DE ABRIL (PUESTA EN COMÚN DE CONCEPTOS SOBRE LA ELABORACIÓN DEL MISMO).

-9 ABRIL: SE ACUERDA EL TIPO DE MUESTRAS, CONTENEDORES Y TEMPERATURAS QUE FIGURARÁN EN EL POSTER.
(TANTO LA SUPERVISORA COMO EL JEFE DE SERVICIO COMUNICAN A LOS COORDINADORES DE CENTROS DE SALUD Y HOSPITAL PROVINCIAL QUE SE ESTÁ ELABORANDO ESTE POSTER).

-DE MAYO A AGOSTO: SE ELABORA EL POSTER, TOMANDO COMO REFERENCIA EL MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS QUE ESTÁ PUBLICADO EN LA INTRANET DEL SECTOR.

-20 NOVIEMBRE: EN SESIÓN DEL HOSPITAL (EN DOS FRANJAS HORARIAS DE 9 Y 14 HORAS) SE PRESENTA EL POSTER A TODO EL PERSONAL SANITARIO.

-DICIEMBRE 2019: EL POSTER ESTÁ REALIZADO, SÓLO PENDIENTE DE IMPRESIÓN Y REPARTO POR LOS DISTINTOS SERVICIOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ELABORACIÓN DE UN PÓSTER SOBRE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA COMUNICACIÓN CON SERVICIOS DIFERENTES APORTAN NUEVAS PERSPECTIVAS Y NOS AYUDAN A MEJORAR EL TRABAJO DIARIO.
PARA UN DIAGNÓSTICO ADECUADO, LAS MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS HAN DE LLEGAR EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/336 ========== ***

Nº de registro: 0336

Título
POSTER INFORMATIVO TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

Autores:
CORED NASARRE ROSA, ARCOS GALEOTE ANGELA MARIA, ALOS CORONAS ELENA, LOPEZ VILLA ANA, UBIETO ROLDAN ANA BELEN, LUIS GRACIA ANA MARIA, LIESA LAFITA PAULA DEL CARMEN, MALO PINTADO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0336

## 1. TÍTULO

### POSTER INFORMATIVO TOMA MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS: CONTENEDORES, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Laboratorio de Microbiología, la calidad de la fase analítica y sus resultados dependen en gran medida de la fase preanalítica. Las muestras mal recogidas, transportadas de forma inadecuada, o mal conservadas, pueden implicar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.
Con la existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario en la intranet del Sector de Huesca se pretende que las muestras clínicas cumplan los requerimientos adecuados para su estudio microbiológico (recipiente adecuado, volumen, transporte y conservación). Como el Manual de Toma de Muestras es un documento exhaustivo, creemos que la elaboración de un póster de fácil consulta y accesible al personal responsable de la obtención y envío de muestras, permitirá que éstas lleguen en las condiciones necesarias para realizar un correcto diagnóstico microbiológico.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto es la realización de un póster informativo donde figuren los contenedores, y características del transporte y conservación de las muestras más comúnmente enviadas al Servicio de Microbiología. Este póster pretenderá ser una guía accesible para facilitar la labor de elección, obtención y manejo de las principales muestras microbiológicas.

MÉTODO
Se pretende elaborar un póster informativo donde figuren los contenedores, temperaturas de conservación y observaciones a tener en cuenta sobre las principales muestras enviadas al Servicio de Microbiología. Una vez elaborado, se colocará en las distintas unidades de enfermería de las plantas de hospitalización del Hospital San Jorge y del Hospital Sagrado Corazón así como en los Centros de Salud del Sector Sanitario para que sirva de guía rápida y accesible a los profesionales encargados de realizar y enviar las muestras al Laboratorio.

INDICADORES
Se realizará una reunión con el personal sanitario encargado de realizar y enviar las muestras, con el fin de presentar el póster y recoger opiniones/comentarios sobre el mismo; se pretende que sea un documento útil que contribuya a mejorar aspectos relativos a la recogida y procesamiento inicial de las muestras, minimizando errores en la fase preanalítica e incrementando la calidad del diagnóstico microbiológico.
Los indicadores serán los siguientes:
-Reunión con personal sanitario encargado de realizar/enviar muestras: Si/No
-Reunión con Coordinadores de Atención Primaria: Si/No
-Realización poster: Si/No
-Número de posters/total plantas, centros salud =80%

DURACIÓN
-Elaboración del póster: febrero a mayo 2019
-Presentación del mismo a personal encargado de toma de muestras y coordinadores: junio 2019
-Publicación e impresión del mismo: a partir de junio de 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0341

## 1. TÍTULO

**EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA**

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAIRAL CLAVER MARIA PILAR
VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR
PINILLA MAINAR CRISTINA
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA
MALO PINTADO SUSANA
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION
PALACIO SIN MARIA DE LA O

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018 se estudiaron las cepas de E. coli aisladas de urocultivos de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada del Sector de Huesca. Se determinó la sensibilidad a once antibióticos de uso frecuente. Se analizó la existencia de diferencias estadísticamente significativas de sensibilidad en los años estudiados, comparando los intervalos de confianza al 95% por el método de Fisher.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
E. coli ha sido la bacteria más frecuentemente aislada durante estos años estudio. La resistencia se ha mantenido por debajo del 4% frente a fosfomicina y nitrofurantoína y por debajo del 12% en cefalosporinas de tercera generación. En cefuroxima y amoxicilina-clavulánico se ha observado un significativo aumento de la resistencia en las cepas hospitalarias con respecto a las de la comunidad en este periodo. Los máximos niveles de resistencia (superior al 20%) se encontraron en los antibióticos administrados vía oral y frecuentemente indicados en infecciones urinarias no complicadas: trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y amoxicilina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Según los datos obtenidos en nuestro estudio, el tratamiento empírico de primera elección para las ITU en nuestra área sanitaria podría ser fosfomicina, nitrofurantoína o cefalosporinas de segunda generación, pero estas últimas sólo a nivel comunitario; a nivel hospitalario su uso sin testar en antibiograma estaría desaconsejado por el porcentaje creciente de resistencias que presentaron. No se recomendaría como pauta de primera elección el tratamiento con amoxicilina-clavulánico, porque a nivel global su índice de resistencias es casi del 18% y por la mayor frecuencia de recurrencias/reinfecciones. Trimetoprim-sulfametoxazol y quinolonas estarían desaconsejadas como pautas de primera elección por el elevado índice de resistencias globales mostradas en estos tres años de estudio.
El conocimiento periódico y actualizado de los patrones de sensibilidad de los microorganismos más frecuentemente aislados en muestras de orina en cada área de salud permite elegir tratamientos empíricos más adecuados y eficaces.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/341 ========== ***

Nº de registro: 0341

Título
EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA

Autores:
BETRAN ESCARTIN ANA I, MAIRAL CLAVER MARIA PILAR, VELA IGLESIA BERTA MARIA PILAR, PINILLA MAINAR CRISTINA, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, MALO PINTADO SUSANA, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, PALACIO SIN MARIA DE LA O

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0341

## 1. TÍTULO

**EVOLUCION DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE ESCHERICHIA COLI EN INFECCIONES URINARIAS NOSOCOMIALES Y ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR SANITARIO DE HUESCA**

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria y tiene todavía una gran incidencia en el ambiente hospitalario, incluso con las tendencias actuales decrecientes tal y como se publican en los últimos estudios epidemiológicos españoles.
El conocimiento de los patrones antibióticos de las bacterias que más frecuentemente producen ITU en el ámbito local, es importante para indicar un tratamiento empírico racional y adecuado.
El proyecto de mejora pretende por un lado investigar las infecciones urinarias de nuestro Sector Sanitario con el fin de conocer el perfil y evolución de la sensibilidad antibiótica y en segundo lugar, valorar si algunas de las pautas de trata¬miento empírico comúnmente recomendadas por guías clínicas españolas, serían aplicables en nuestro en¬torno en función de los resultados obtenidos.

RESULTADOS ESPERADOS
-Evaluar la resistencia a varios antibióticos en cepas de Escherichia coli aisla¬das en muestras de orina de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada en el Sector de Huesca en un periodo de 3 años.
-Valorar si algunas de las pautas de trata¬miento empírico recomendadas por guías clínicas en nuestro país, serían aplicables en nuestro en¬torno.
-Implicar a los profesionales sanitarios en un proceso de mejora continua en el uso de antibióticos.

MÉTODO
Se estudiarán las cepas de E.coli aisladas de urocultivos de pacientes procedentes de Atención Primaria y Hospitalizada del Sector Sanitario de Huesca desde el 1 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2018. Se determinará la sensibilidad a antibióticos de uso frecuente (fosfomicina, nitrofurantoína, cefuroxima, cefotaxima, tobramicina, amoxicilina-clavulánico, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y ampicilina). Se determinarán las proporciones de resistencias a los an¬tibióticos indicados, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

INDICADORES
Los indicadores en este estudio van a ser:
- Medir la evolución del patrón de resistencia antibiótica de las cepas de E.coli aisladas en los últimos años en ITU comunitarias/ hospitalarias de nuestro Sector Sanitario durante tres años.
- Comprobar si el incremento/disminución de la resistencia antibiótica ha sido estadísticamente significativo en este periodo.
- Deducir opciones de tratamientos antibióticos empíricos según los resultados obtenidos.

DURACIÓN
- Hasta junio de 2019: recopilación de datos de resistencia antibiótica.
- Desde julio de 2019: análisis estadístico de los datos y publicación/divulgación de los resultados obtenidos.

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 - 2019/0696

## 1. TÍTULO

**MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS SUPERIORES DE LABORATORIO)**

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA LUIS GRACIA
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALOS CORONAS ELENA
ARCOS GALEOTE ANGELA
PINILLA MAINAR CRISTINA
PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION
PALACIOS SIN MARIA DE LA O
SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA
UBIETO ROLDAN ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE CONVOCA LA PRIMERA REUNIÓN DE TODO EL PERSONAL EL DÍA 4 DE MARZO DE 2019. CON LA ASISTENCIA DE TODO EL PERSONAL (TEL, SUPERVISORA Y FEAS) SE COMENTA EL OBJETIVO DEL PROYECTO (EN UN PLAZO DE TRES AÑOS TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO TENGA CONOCIMIENTO DE TODOS LOS PUESTOS DE TRABAJO). -SE EXPONEN LAS VENTAJAS :
-QUE TODO EL PERSONAL CONOZCA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS PUESTOS: LAS VACACIONES, PUENTES... PODRÁN ELEGIRSE NO ENTRE DIEZ SINO ENTRE TRES COMPAÑEROS
-LA CARGA DE TRABAJO DE CADA SECCIÓN PODRÁ COMPROBARLA CADA TRABAJADOR YA QUE TODO EL MUNDO ROTARÁ POR TODOS LOS PUESTOS.

SE CONVOCA OTRA REUNIÓN PARA EL 20 DE MARZO CON PROPUESTAS, REPARTOS, DUDAS...
-EN LA REUNIÓN DEL 20 DE MARZO SE DIVIDE EL LABORATORIO EN TRES SECCIONES CON ACUERDO DE TODO EL PERSONAL:
-SECCION 1 DOS TEL EN PREANALÍTICA Y UN TEL EN SEROLOGÍA;
- SECCIÓN 2: DOS TEL SIEMBRAS Y UN TEL LECTURA DE ORINAS;
-SECCIÓN 3: DOS TEL LECTURA EXUDADOS Y UN TEL BK.
AL AÑO SIGUIENTE, CADA GRUPO ROTARÁ A LA SECCIÓN SIGUIENTE.

CON ESTAS ROTACIONES SE PODRÁ SOLVENTAR LA INCIDENCIA DE SALUD LABORAL (2 TEL NO PUEDEN ROTAR POR DETERMINADOS PUESTOS) SIN INTERFERIR EN EL RESTO DE SECCIONES.

CON ESTA ORGANIZACIÓN QUEDARÁ UN TEL DE POOL QUE REFORZARÁ LOS LIBRES Y EN EL PRIMER PERIODO SERÁ EL COMODÍN PARA REFORZAR LAS SECCIONES.

SE ESTABLECE UN PERIODO DE TRES MESES PARA APRENDIZAJE Y EL OBJETIVO ES QUE A FINAL DE AÑO 2019 TODOS LOS TEL CONOZCAN TRES PUESTOS.

EL 15 DE ENERO DE 2020 EL JEFE DE SERVICIO, ADJUNTOS Y LA SUPERVISORA EVALÚAN LA ROTACIÓN DE LOS TEL SIENDO LA NOTA DE TODOS "APTO" Y QUEDA DOCUMENTO ESCRITO ARCHIVADO DE CADA ROTACIÓN.

EN FEBRERO CONTINUARÁN LAS ROTACIONES PARA EL AÑO 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% DE LOS TEL CONOCEN TRES PUESTOS DE TRABAJO.
EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL ES ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
MEJORA AMBIENTE DE TRABAJO AL COMPARTIR TAREAS CON LAS ROTACIONES DE PUESTO DE TRABAJO.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/696 ========== ***

Nº de registro: 0696

Título
MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL T.E.L.

Autores:
LUIS GRACIA ANA MARIA, ALOS CORONAS ELENA, ARCOS GALEOTE ANGELA MARIA, PINILLA MAINAR CRISTINA, PELAEZ MARTINEZ MARIA CONCEPCION, PALACIO SIN MARIA DE LA O, SERRANO HERNANDEZ MARIA TERESA, UBIETO ROLDAN ANA BELEN

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0696

## 1. TÍTULO

### MEJORA EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA CON LA IMPLANTACION DE ROTACIONES DEL PERSONAL TEL (TECNICOS SUPERIORES DE LABORATORIO)

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado en el Servicio de Microbiología que ante varias incidencias solapadas había que improvisar soluciones. Los T.E.L. de Servicio de Microbiología estaban muy preparados en una o dos secciones del Laboratorio pero el resto no las conocían con profundidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Al finalizar el año 2019, todos los T.E.L. del Servicio de Microbiología conocerán, al menos 3 puestos de trabajo perfectamente.

MÉTODO
Se establecen 3 grupos de 3 T.E.L. para rotar en 3 secciones. Se organiza un planing para rotar en un tiempo determinado por cada sección. Entre los 3 T.E.L. de cada grupo se sustituirán vacaciones fuera del periodo vacacional, días de libre disposición y posibles incidencias.

INDICADORES
Que el 90% del personal T.E.L. del Servicio de Microbiología, conozca al menos 3 puestos de trabajo perfectamente. Evaluación en Diciembre del 2019 por el jefe del Servicio de Microbiología.

DURACIÓN
A primeros de Marzo se crearán las secciones con los T.E.L. integrantes y se realizará una reunión en la que se presentará el planing. De Marzo a Junio se conocerán tres puestos de trabajo, la formación será de 1 mes máximo, dependiendo del grado de conocimiento de los T.E.L. en las secciones. De Julio a Septiembre será el periodo vacacional y en cada sección se optimizará este aprendizaje junto con los sustitutos vacacionales. De Octubre a Diciembre realizarán rotación por los tres puestos de cada sección, un mes por cada sección para afianzar los conocimientos. En el mes de Enero del 2020, el jefe de servicio realizará la evaluación de cada T.E.L. por las distintas secciones de cada grupo. La evaluación será con un APTO o NO APTO.

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 - 2019/0148

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PAULA MUNGUIA NAVARRO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FELEZ JUSTES ISABEL
ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
BAILO GIL MARIA ANGELES
QUILEZ PEREZ LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Se creó un checklist que incluye todos los ítems que abarcan desde la solicitud del periodo vacacional, el conjunto mínimo de datos requeridos y un apartado final que incluye la comprobación de los mismos en la primera sesión de diálisis en la Unidad.
• Se revisó la historia clínica de todos los pacientes incluyendo alergias, serologías, antecedentes personales, tratamiento actualizado y pauta de hemodiálisis. Se contactó con el Centro de referencia para ampliar información en los casos que fue necesario, previamente a la aceptación del paciente en la Unidad.
• Se creó un número de historia a todos los pacientes antes de su llegada, y se introdujo la pauta de diálisis en el software de hemodiálisis (Nefrolink©), junto con los datos clínicos más relevantes (alergias, antecedentes personales, diabetes mellitus, serologías, tratamiento habitual).
• Se confirmó que todos los pacientes presentaban serologías (VIH, VHB, VHC) negativas del último mes, antes de su aceptación en la Unidad.
• Se elaboró un flujograma de tareas con las distintas fases del proceso, y se está realizando un Procedimiento de Calidad del Servicio sobre el Procedimiento de solicitud/aceptación de vacaciones para los pacientes en hemodiálisis.
• Se han medido los indicadores con la periocidad establecida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:
• Protocolizar y estandarizar la evaluación de las solicitudes de vacaciones en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital San Jorge.
• Todos los pacientes tenían pautada la prescripción de hemodiálisis en el software Nefrolink©. Esto supuso un ahorro de trabajo y de papel tanto para el facultativo responsable de la sala de Hemodiálisis el primer día de hemodiálisis del paciente, como para el personal de enfermería, que creaban una tarjeta para el registro de los datos de hemodiálisis, evitando tener que transcribirlos en las hojas de tratamiento de agudos.
• Se dializaron en la Unidad de Hemodiálisis un total de 10 pacientes de 13 solicitudes inicialmente recibidas.
• No fue necesario en ningún caso aislar ninguna máquina de hemodiálisis, ya que las serologías de los pacientes eran conocidas por el personal y figuraban en el software de hemodiálisis. También hizo más fácil la organización de estos pacientes en la Unidad a pesar de que comenzasen en día festivo, fin de semana, o la supervisora de hemodiálisis no estuviese ese día, ya que muchos pacientes acuden a hemodiálisis en periodos vacaciones (estival o navidad fundamentalmente).
INDICADORES
1.- Ítems contestados en cada fase:
• Solicitud (Objetivo completados > 80%): 100%
• Conjunto mínimo de datos (Objetivo completados > 80%): 100%
• Primera sesión de hemodiálisis (Objetivo completados > 80%): 100%
2.- Número de veces que es necesario aislamiento de máquina de hemodiálisis x 100/Número total de pacientes vacacionales. Periocidad: anual. (Objetivo < 10%): 0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El intercambio de pacientes de hemodiálisis entre las diferentes de Unidades de Hemodiálisis es un proceso frecuente, y suele coincidir con los periodos vacacionales del personal sanitario. Estas circunstancias conllevan una demanda asistencial en cuanto a la organización previa a la llegada del paciente, y una sobrecarga de trabajo para el personal no habitual del servicio el primer día de diálisis del paciente en el caso de que no se haya realizado una serie de comprobaciones previamente. Por ello decidimos realizar este proyecto de mejora de calidad con el objetivo principal de protocolizar y estandarizar todo el proceso.
Los resultados han sido excelentes, y el trabajo realizado previamente a la llegada del paciente a la Unidad ha hecho que hayamos cumplido todos los objetivos planteados en este Proyecto, así como hemos evitado el aislamiento de las máquinas de hemodiálisis.
Se ha integrado a la práctica clínica habitual de la Unidad, en la actualidad existe una organización clara de todo el proceso, con responsabilidades asignadas, y hemos mejorado la coordinación del proceso.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0148

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

*** ========== Resumen del proyecto 2019/148 ========== ***

Nº de registro: 0148

Título
IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
MUNGUIA NAVARRO PAULA, FELEZ JUSTES ISABEL, ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA, MONTUENGA GRACIA JUDITH, BAILO GIL MARIA ANGELES, QUILEZ PEREZ LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cada año acuden a dializarse al sector de Huesca pacientes de diferentes regiones de España. Habitualmente estos periodos también coinciden con el periodo vacacional del personal de la Unidad de Hemodiálisis. Estas circunstancias conllevan una demanda asistencial en cuanto a la organización previa a la llegada del paciente, y una sobrecarga de trabajo para el personal no habitual del servicio el primer dia de diálisis del paciente en el caso de que no se haya realizado una serie de comprobaciones previamente. Esto lleva a la necesidad de aislar máquinas de diálisis, solicitar serologías de forma urgente, desconocimiento sobre datos clínicos del paciente o de su pauta de hemodiálisis habitual, que implican una sobrecarga asistencial y necesidad de reorganización y distribución del trabajo.
Por ello se plantea la instauración de un checklist y secuencia de pasos a seguir desde el momento que solicitan la estancia vacacional en nuestro centro.
Se pretende en este proyecto asegurar la seguridad del paciente en cada momento, así como evitar duplicar el trabajo y sobrecargar al personal de la unidad a la llegada de los pacientes a la Unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un cuidado coordinado, ordenado y de calidad al paciente a su llegada a la unidad de hemodiálisis.
1.- Creación de un checklist y flujograma de tareas
2.- Sistematizar el proceso de recepción y aceptación de los pacientes vacacionales.
3.- Evitar duplicar información y trabajo al personal durante el periodo vacacional.

MÉTODO
1.- Diseño de una hoja preformada con una serie de ítems que abarcarán desde la solicitud del periodo vacacional, el conjunto mínimo de datos requeridos (pauta de diálisis, alergias medicamentosas, número de historia del HSJ, etc.), aceptación en la unidad, creación de pauta de hemodiálisis en el sistema informático Nefrolink® y por último comprobación de los datos en la primera sesión de diálisis (comprobación de alergias, serologías recientes, etc.).
2.- Distribución de tareas designando responsables de cada etapa del proceso.

INDICADORES
1.- Contaje de los ítems contestados o no en cada fase. Objetivo: Completados > 80% ítems. Periocidad: Anual.
2.- Número de veces que es necesario aislamiento de máquina x 100/ Número total de pacientes vacacionales. Periocidad: Anual. Objetivo < 10%.

DURACIÓN
Se pretende que sea un proyecto a largo plazo puesto que se considera relevante para el funcionamiento de la unidad.
La fecha de implantación de la lista de verificación provisional se prevee para abril de 2019 (antes de Semana Santa) cuando habitualmente recibimos los primeros pacientes vacacionales. Se realizará después de este periodo un plazo de reevaluación con las personas responsables de los diferentes procesos, de cara a realizar mejoras y modificaciones antes de la puesta en marcha definitiva para el 1 de junio de 2019 (antes de las vacaciones estivales).

OBSERVACIONES

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0148

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE CHECKLIST PARA PACIENTES VACACIONALES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL SAN JORGE**

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

*** ========================================================================================== ***
```

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0252

## 1. TÍTULO

## MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL FELEZ JUSTES
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUNGUIA NAVARRO PAULA
BERGUA AMORES CARLOS
ABAD PIQUERO ALICIA CRISTINA
MONTUENGA GRACIA JUDITH
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN
QUILEZ PEREZ LUCIA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Se realizaron dos reuniones con todos los componentes (febrero del 2019) al inicio de plan de mejora.
• Primera reunión: se explicó la metodología de recogida de datos en tabla de excell y las variables a registrar: edad, sexo, tiempo en diálisis, los valores de las escalas a realizar, Índice de Barthel para valorar dependencia y Cuestionario de Frail para valorar fragilidad, y medidas a adoptar.
• Segunda reunión: se procedió a la asignación de los pacientes para cada miembro del grupo de mejora. El facultativo, responsable del proyecto, es la persona responsable de notificar los ingresos y éxitus al resto del equipo.
• Para los pacientes prevalentes se realizó se completaron los cuestionarios de Frail y Barthel en marzo del 2019 y otra segunda en octubre del mismo año. Ante las dudas que surgían en la valoración de algunos pacientes se contactó de forma telefónica con las familias para poder completar de la forma más fiable posible los cuestionarios.
• Para los pacientes incidentes durante el periodo de estudio se realizaron ambos cuestionarios en el momento de su entrada en hemodiálisis.
• Todos los datos se recogidos fueron analizados en diciembre del 2019 por el equipo de mejora. Se realizó una valoración personal de proyecto y el grado de satisfacción del mismo en el equipo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado los objetivo principales de este proyecto :
Estimar la prevalencia de fragilidad y el grado de dependencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis. ESTANDAR >90%
Repetir las medidas a los 6 meses y después de cada hospitalización y reevaluar la situación . ESTANDAR >90%
Establecer las medidas terapeúticas y sociales a aquellos pacientes que presentaban mayor fragilidad y dependencia.
Adecuar la atención del paciente según el grado de dependencia y fragilidad.
Analizar la relación entre fragilidad y dependencia y variables como fallecimiento.

Se han realizado los custionario a un total de 50 pacientes entre prevalentes e incidentes. Los pacientes éxitus que han sido un total de 7 se ha analizado la relación entre fragilidad y mortalidad.

Objetivos esperados Valor de Indicadores

Estimar la prevalencia de fragilidad y el grado de dependencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis. ESTANDAR >90%
PREVALENCIA FRAGILIDAD (ESCALA FRAIL)
NÚMERO PACIENTES PUNTUACIÓN FRAIL/PACIENTES TOTALES*100
Fragilidad:9/50*100=18%
Pre-fragilidad:26/50*100=52%
Sin fragilidad:15/50*100=30%

PREVALENCIA DEPENDENCIA (INDICE BARTHEL)
NÚMERO PACIENTES PUNTUACIÓN BARTHEL/PACIENTES TOTALES*100
Dependencia total:1/50*100=2%
Dependencia grave:2/50*100=4%
Dependencia moderada:5/50*100=10%
Dependencia leve:9/50*100=18%
Independiente:33/50*100=66%

Establecer medidas terapeúticas y sociales a aquellos pacientes que presentan mayor fragilidad y dependencia.
Adecuar la atención al paciente según el grado de dependencia y fragilidad.
MEDIDAS TERAPEÚTICAS (NUTRICIÓN PARENTERAL INTRADIÁLISIS)
NÚMERO PACIENTES NUTRICIÓN/PACIENTES TOTALES*100
2/50*100=10%
ADECUACIÓN A LA ATENCIÓN (CUIDADOS ENFERMERÍA):

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0252

## 1. TÍTULO

## MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

NÚMERO PACIENTES ADECUACIÓN ATENCIÓN/PACIENTES TOTALES*100
14/50*100=28%
MEDIDAS SOCIALES (ADECUACIÓN DEL TRANSPORTE):
NÚMERO PACIENTES ADECUACIÓN TRANSPORTE/PACIENTES TOTALES*100
6/50*100=12%

Analizar la relación entre fragilidad y variable fallecimiento FRAGILIDAD / FALLECIMIENTO:
PACIENTES FALLECIDOS CON PRE-FRAGILIDAD O FRAGILIDAD/PACIENTES FALLECIDOS*100
3/7*100=42%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Determinar la fragilidad y dependencia en nuestra unidad nos ha facilitado la toma de decisiones en pacientes complejos ya no solo por presentar Enfermedad Renal Crónica (ERC) si no por su comorbilidad añadida. Basándonos en escalas reales y fáciles de determinar, hemos adecuado medidas terapeúticas y sociales desde la unidad de hemodiálisis.
Los estudios publicados han establecido la prevalencia de fragilidad en los pacientes en hemodiálisis en un rango tan variable entre un 26-73% dependiendo de las poblaciones estudiadas. En nuestra evaluación el 70% de los pacientes presentaba algún grado de fragilidad (prefagilidad o fragilidad) y el 44% algún grado de dependencia. A lo largo de los 6 meses transcurridos no se han observado diferencias en las puntuaciones de fragilidad o dependencia en ninguno de los pacientes en relación a los ingresos que han presentado. Con respecto a la instauración de medidas terapeúticas o sociales los pacientes que presentaban una mayor fragilidad recibieron, una mayor atención por parte del personal de enfermería así como mejoras en el transporte. En un 2% de los pacientes se inició Nutrición lntradiálsis, un 28% de los pacientes un mayor apoyo, seguimiento y cuidado por parte del personal de enfermería y en un 12% se establecieron medidas sociales como adecuación del trasporte desde domicilio mediante ambulancia colectiva..
Durante la evaluación si se ha encontrado causa directa entre fragilidad y fallecimiento. Un 42% de los pacientes fallecidos presentaba prefragilidad o fragilidad. Tras la evaluación de nuestros resultados se verifica la importancia de establecer escalas de fragilidad y dependencia en las unidades de hemodiálisis. Éstas no solo deben realizarse cuando el paciente entra en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) si no en la etapa previa de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

7. OBSERVACIONES.
Se adjuntan las puntuaciones de la Escala de Frail y el Índice de Barthel
ESCALA FRAIL
Fragilidad: 3-5 puntos
Pre-fragilidad: 1-2 puntos
Sin fragilidad:0 puntos
ÍNDICE DE BARTHEL
<20 puntos: grado de dependencia total
30-35 puntos: grado de dependencia grave
40-55 puntos: grado de dependencia moderado
>60 puntos: grado de dependencia leve
100 puntos: independiente

*** ========== Resumen del proyecto 2019/252 ========== ***

Nº de registro: 0252

Título
MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVES DE LA EVALUACION DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Autores:
FELEZ JUSTES ISABEL, MUNGUIA NAVARRO PAULA, BERGUA AMORES CARLOS, ALICIA CRISTINA ABAD PIQUERO, MONTUENGA GRACIA JUDITH, SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN, QUILEZ PEREZ LUCIA, CARRERA LAPIEDRA NOELIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0252

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DE FRAGILIDAD Y DEPENDENCIA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS**

---

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

PROBLEMA
La fragilidad ha sido definida como un síndrome o estado de deterioro y aumento de la vulnerabilidad a situaciones de stress que se produce con el envejecimiento. Se caracteriza por debilidad y descenso de la reservas funcionales biológicas, lo que lleva un riesgo aumentado de evolución desfavorable hacia la discapacidad, la hospitalización y el fallecimiento. La fragilidad es un concepto diferente a la discapacidad y a la comorbilidad ; aunque los 3 conceptos están muy relacionados y se influyen unos a otros, no siempre coexisten. A pesar de que la fragilidad se ha definido generalmente asociada a la edad avanzada y al envejecimiento, existen condiciones y enfermedades que provocan cambios semejantes al envejecimiento y pueden derivar en un estado de fragilidad en edades más jóvenes; una de estas situaciones es la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Así algunos estudios han estimado la prevalencia de la fragilidad en pacientes en hemodiálisis entre un 26-73% gran variabilidad por las diferentes poblaciones estudiadas y las diferentes escalas utilizadas, aunque la presencia de fragilidad se asocia a una mala evolución a corto plazo. Determinar fragilidad y dependencia en nuestra unidad nos facilitará la toma de decisiones en pacientes muchos de ellos complejos por su propia patología de base así como, mejorar la actuación, estableciendo medidas terapeúticas.

RESULTADOS ESPERADOS
Estimar la prevalencia de fragilidad y el grado dependencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis.
Establecer medidas terapeúticas y sociales a aquellos pacientes que presentan mayor fragilidad como es disminuir los fármacos no necesarios (paciente polimedicado) entre otras medidas.
Analizar la relación entre fragilidad y variables como hospitalización y fallecimiento.
Adecuar la atención del paciente según el grado de dependencia y fragilidad.

MÉTODO
Se establecerán dos reuniones informativas previas al inicio del proyecto con todos los componentes del equipo de mejora.
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante excel para cada paciente en los que se incluirán datos de demográficos, fecha de inicio de hemodiálisis, tiempo en diálisis y número de hospitalizaciones.
Para evaluar la dependencia se utilizará el Índice de Barthel y para evaluar fragilidad el cuestionario Fried Phenotype Frail Findex (FPFI)

INDICADORES
Realizar la valoración de cuestionario de Frail e Indice de Barthel a todos los pacientes incidentes y prevalentes en la unidad de hemodiálisis del Hospital San Jorge y valorar la situación. ESTANDAR >90%.
Repetir estas medidas a los 6 meses y después de cada hospitalización y reevaluar la situación. ESTANDAR >90%

DURACIÓN
Durante Febrero del 2019 se establecerán dos reuniones con el equipo de mejora y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis para iniciar la recogida de datos.Se revisará el índice de Barthel y cuestionario de Frail.
Se consensuará una forma de trabajo unificada.
Se configurará la una tabla excel para la recogida de datos de los pacientes.
Se realizarán dos evaluaciones anuales la primera de ellas durante el mes Marzo y la segunda durante el mes de Octubre del 2019 así como después de cada episodio de hospitalización. Tras un primer análisis de la situación se adoptarán, si es necesario, medidas de mejora individualizadas para cada paciente.
A los pacientes incidentes se les realizará una evaluación cuando inicien hemodiálisis, si presentan hospitalización y cuando transcurran 6 meses desde su entrada.
Entre Diciembre 2019- Enero 2020 análisis de datos.

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 - 2019/0290

## 1. TÍTULO

## PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... INES BEIRED VAL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ BURILLO ALBA
TENA RAMOS GLORIA PILAR
UTRILLA PEÑA MARTA
GROS SANAGUSTIN LAURA
GABAS CUELLO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reunión con el equipo sanitario de hemodiálisis (facultativos y enfermería) en abril de 2019. En dicha reunión se valoró la información necesaria sobre el funcionamiento y recomendaciones de la Unidad de Hemodiálisis a aportar a los pacientes previo inicio de hemodiálisis.
• Desarrollo del tríptico informativo a entregar al paciente y/o familiares. Puesta en común entre el personal.
• Impresión del tríptico.
• Desde la implantación del plan de acogida en mayo de 2019, han sido incluidos en programa de hemodiálisis un total de 14 pacientes nuevos (11 en el Hospital San Jorge y 3 en el Hospital de Jaca, de los cuales 13 lo hicieron de manera programada y el resto (2) fueron pacientes incluidos durante ingreso hospitalario. Al 100% de los pacientes que iniciaron la técnica de manera programada:
- Se les proporcionó el tríptico.
- Se les enseñó la Unidad, vestuarios, aseos.
- Se les informó del funcionamiento.
- Se les presentó el personal de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado los objetivos los objetivos principales de este proyecto:
- Facilitar la integración del paciente en el entorno de la Unidad de Hemodiálisis con trato personalizado, humano y respetuoso.
- Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.
- Proporcionar un entorno de seguridad al paciente.

Objetivos esperados Valor de Indicadores

Presentación del personal de enfermería en el proceso de acogida al paciente mediante un registro: 100%

Porcentaje de pacientes que han recibido el documento informativo a su inicio de tratamiento renal sustitutivo: 100% de los pacientes programados y 86% del total de los pacientes que iniciaron hemodiálisis

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La Unidad de Hemodiálisis presenta un entorno sanitario con características funcionales muy específicas. El paciente con enfermedad renal crónica avanzada previo inicio de hemodiálisis puede presentar clínica ansiosa-depresiva. El miedo y la incertidumbre que sienten están relacionados con los cambios en su vida personal en cuanto a calidad de vida por precisar permanecer mucho tiempo en el hospital necesario para el tratamiento, unas 4 horas efectivas, y con el inicio del tratamiento propiamente dicho y sus posibles complicaciones.
El primer contacto con el personal sanitario de nuestra unidad de hemodiálisis es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia y su grado de satisfacción. Al realizar este plan de acogida hemos observado, aunque sea sin la valoración objetiva de ninguna escala, que el paciente acude a la primera sesión de hemodiálisis con más confianza, menos miedo y con la seguridad que va a ser atendido en todo momento que precise. Es en este momento cuando se crea una estrecha relación de confianza entre el personal sanitario y el paciente que va a durar durante todo el proceso mientras el paciente precise continuar con hemodiálisis. Al mostrar al paciente la Unidad de Hemodiálisis previamente, evitamos que el día de la primera sesión de hemodiálisis le impresione o asuste ver a otros pacientes conectados a los monitores (técnica sanguínea extracorpórea).
Destacamos, la alta sensibilidad del personal sanitario de la unidad respecto a los pacientes, quienes son tratados con cariño, cuidado y respeto.
Creemos que este es el camino a seguir aunque no sea puramente médico, sobre todo en la actualidad, donde cada vez más, los pacientes con enfermedades crónicas y los ancianos se ven en mayor riesgo de exclusión social, haciendo de nuestra Unidad de Hemodiálisis un espacio humanizado, cercano y donde el paciente sienta la misma confianza y seguridad como si estuviera en su casa.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0290

## 1. TÍTULO

## PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

*** ========== Resumen del proyecto 2019/290 ========== ***

Nº de registro: 0290

Título
PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Autores:
BEIRED VAL INES, MARTINEZ BURILLO ALBA, TENA RAMOS GLORIA PILAR, UTRILLA PEÑA MARTA, GROS SANAGUSTIN LAURA, GENERELO LANASPA VICTORIA, GABAS CUELLO MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal crónica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Unidad de Hemodiálisis presenta un entorno sanitario con características funcionales muy específicas. Además, el paciente renal, cuando precisa iniciar tratamiento renal sustitutivo puede presentar sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre. El primer contacto con el personal sanitario de nuestra unidad de hemodiálisis es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el nuevo entorno. Existen trabajos que avalan la importancia de la información y comunicación como elementos clave para salvar las barreras entre paciente y profesional sanitario después de una acogida protocolizada.
Todo lo anteriormente descrito justifica la elaboración e implementación de un protocolo normalizado de acogida del paciente en la unidad de hemodiálisis.
Su desarrollo deberá centrarse en una serie de aspectos fundamentales, como son la empatía, el respeto y la comprensión, de tal manera que se genere en el paciente un clima de seguridad y confianza hacia las personas que le atienden.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la integración del paciente en el entorno de la Unidad de Hemodiálisis con un trato personalizado, humano y respetuoso.
Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.
Proporcionar un entorno de seguridad al paciente.

MÉTODO
En abril de 2019 se realizará una primera reunión informativa con todo el equipo sanitario de la Unidad de Hemodiálisis. Se realizará un documento escrito en el que se describa el proceso de acogida al paciente renal. Se elaborará un documento informativo (tríptico) para entregar al paciente y/o familiar sobre el funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis donde se incluyan: 1) Información general, 2) Horarios, 3) Alimentación, 4) Pase de sala, 5) Servicios que se prestan en la Unidad (TV, transporte...), 6) Vacaciones y cambios de turno y 7) teléfonos de interés.

INDICADORES
Indicador 1: Presentación del personal de enfermería en el proceso de acogida al paciente mediante un registro.
Indicador 2: Porcentaje de pacientes que han recibido el documento informativo a su inicio de tratamiento renal sustitutivo.

DURACIÓN
En abril de 2019 se realizará la primera reunión.
Elaboración de los documentos en abril-mayo.
Implantación del Plan de acogida mayo-junio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0290

## 1. TÍTULO

## PLAN DE ACOGIDA PARA PACIENTES Y FAMILIARES EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

```
-----------------------------------------------------------------------------
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 - 2019/0302

## 1. TÍTULO

## VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE BIOIMPEDANCIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBA MARTINEZ BURILLO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BEIRED VAL INES
TENA RAMOS GLORIA PILAR
UTRILLA PEÑA MARTA
DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Previo al inicio del periodo del proyecto, se realizó una pequeña sesión dirigida a enfermería, sobre el manejo del bioimpedanciómetro que disponemos en la unidad de diálisis del hospital.
Posteriormente se realizó un planning con las fechas programadas en las que se debía hacer la bioimpedancia a cada paciente. Lógicamente, se han ido añadiendo a dicho planning, los pacientes incidentes en hemodiálisis, durante los meses en los que se ha desarrollado el proyecto.
En abril se hizo la primera valoración, y el seguimiento se continuó en los meses establecidos, junio, septiembre y diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Durante el periodo establecido, se han valorado un total de 49 pacientes y se han realizado un total de 153 bioimpedancias. En el momento de comenzar el proyecto, se hizo la bioimpedancia inicial al 100% de los pacientes que se encontraban en programa de hemodiálisis crónica en nuestra unidad, y a aquellos pacientes que han iniciado hemodiálisis entre marzo y diciembre de 2019, y seguidamente trimestrales. Tras cada bioimpedancia, se analizó el resultado de cada paciente y junto con la evaluación clínica, se ajustó el peso seco si se consideraba indicado. De éste modo, se han cumplido los objetivos marcados, tanto en la realización de la bioimpedancia inicial, como del seguimiento trimestral posterior. Durante el seguimiento, ha habido pérdida de pacientes por finalización del tratamiento con hemodiálisis, bien por fallecimiento o por realización de un trasplante renal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestra experiencia ha sido positiva, ya que realizar una bioimpedancia es un procedimiento sencillo de hacer, no es una prueba invasiva para el paciente, y nos permite obtener un dato objetivo del estado de hidratación en los pacientes en hemodiálisis. Todo ello, junto con la valoración clínica subjetiva, permite analizar su composición corporal, pudiendo así identificar más fácilmente su estado de hidratación, dato importante, ya que la sobrehidratación se asocia a una mayor morbi-mortalidad, en estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.
El inicio de la realización de las bioimpedancias se retrasó al mes de abril, en vez de comenzar en marzo, que era el programado, debido a la falta de material, en concreto no disponíamos de los electrodos necesarios.
Actualmente, el responsable del proyecto (Dra. Alba Martínez Burillo), ya no trabaja en el Hospital San Jorge, sino en el Hospital de Alcañiz.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/302 ========== ***

Nº de registro: 0302

Título
VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACION DE LOS PACIENTES EN HEMODIALISIS, MEDIANTE LA REALIZACION DE BIOIMPEDANCIA

Autores:
MARTINEZ BURILLO ALBA, BEIRED VAL INES, TENA RAMOS GLORIA PILAR, UTRILLA PEREZ MARTA, DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0302

## 1. TÍTULO

### VALORACION DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS, MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE BIOIMPEDANCIA

Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Entre los parámetros que indican una diálisis adecuada, mantener el “peso seco” óptimo en los pacientes en hemodiálisis, es un factor importante.
Hay evidencia científica que demuestra que existe un aumento de morbimortalidad en los pacientes en diálisis que presentan un estado de sobrehidratación continua. Para evaluar el estado hidratación de estos pacientes, habitualmente se utilizan parámetros clínicos como la presencia de hipertensión arterial, episodios de hipotensión intradiálisis o la ganancia interdiálisis de peso, pero son métodos poco precisos. Aunque la valoración clínica debe ser el primer paso en la evaluación del estado de hidratación de estos pacientes, es necesario recurrir a otros métodos, que permitan un estudio más objetivo. Hay diferentes técnicas que permiten analizar la composición corporal, pero muchas son invasivas, de difícil aplicación en el día a día y con un coste elevado.
La bioimpedancia eléctrica es una técnica no invasiva, fácil de aplicar y barata que, de una forma más objetiva, nos permite analizar la composición corporal y el estado de hidratación. Es un complemento a la evaluación clínica que nos ayuda a identificar estados de sobrehidratación, y poder así ajustar el peso seco de estos pacientes, disminuyendo la aparición de complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Aplicación de la bioimpedancia eléctrica en pacientes que se encuentran en hemodiálisis, como complemento a los parámetros clínicos, para realizar una evaluación objetiva de la composición corporal de estos pacientes, y optimizar su estado de hidratación, consiguiendo mayor estabilidad hemodinámica, mejorando su situación clínica y disminuyendo la morbimortalidad asociada a los estados de sobrehidratación.

MÉTODO
Se realizará una medición inicial con el bioimpedanciómetro a todos los pacientes en hemodiálisis, y a aquellos que sean incidentes durante el periodo del proyecto, y posteriormente se hará seguimiento cada 3 meses.
Se analizarán los datos obtenidos en cada medición y junto con los parámetros clínicos, se realizará ajuste de su “peso seco”, si es necesario.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes a los que se les realiza una bioimpedancia inicial. Estándar: 100%
- Porcentaje de pacientes a los que se les realiza el seguimiento trimestral de la bioimpedancia. Periodicidad: trimestral. Estándar: >95%.

DURACIÓN
La realización de bioimpedancias se llevará a cabo de Marzo a Diciembre de 2019.
Medición inicial con bioimpedanciómetro a todos los pacientes ya incluidos en hemodiálisis en el mes de Marzo de 2019, y a aquellos que comiencen hemodiálisis entre marzo y diciembre de 2019.
Seguimiento posterior, con mediciones trimestrales, en Junio, Septiembre y Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SANAGUSTIN GARCES
· Profesión ..... ENFERMERO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GENERELO LANASPA VICTORIA
BAILO GIL MARIA ANGELES
GABAS CUELLO MONTSERRAT
DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO
GROS SANAGUSTIN LAURA
CARRERA LAPIEDRA NOELIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones mensuales de abril a julio y de septiembre a octubre del 2019 de las 7 enfermeras componentes del grupo de trabajo.
• En abril, hicimos análisis de la situación, recopilamos toda la documentación existente en el servicio y realizamos una búsqueda bibliográfica.
• En mayo se puso en común la documentación existente de acogida para el personal de enfermería de nueva incorporación en el servicio de hemodiálisis. Observando alguna descripción obsoleta, concretamente en la descripción de: El servicio (se ha modificado la ubicación física de alguna sala). El personal de enfermaría (se han modificado los turnos de trabajo y la distribución del trabajo). Las actividades de registro de enfermería (en la actualidad contamos con soporte informático, dejando como secundario las hojas de registro grafico de papel).
• De junio a octubre: En junio hubo 2 nuevas incorporaciones al servicio (permisos por vacaciones), por lo que una vez acogidas por la supervisora de enfermería de la unidad, leído el documento de acogida (explicado con las modificaciones) y presentadas al servicio, iniciamos su formación teórico-práctica de carácter informal y comenzamos a recoger de forma periódica todas las actividades y tareas que íbamos realizando, durante el periodo de 2 semanas. Cada día la supervisora de la unidad designaba una enfermera veterana para su formación.
Las actividades llevadas a cabo fueron introducidas paulatinamente hasta conseguir el resultado final de poder asumir una sesión de diálisis, siendo estas:
(1) Preparación de los monitores de diálisis (incluyendo el test de peracético) y del material necesario para la conexión del paciente.
(2) Peso de los pacientes en bipedestación y silla de ruedas a la entrada y salida con ayuda del Therapy monitor. En el caso de pacientes dependientes pesar en la cama metabólica ubicada en la sala de agudos.
(3) Introducción de la tarjeta en el monitor para descargar la pauta de diálisis, haciendo uso del programa Nefrolink. Y en caso de fallo, programación adecuada de la pauta de manera manual, previa comprobación.
(4) Conexión del paciente con control de constantes. Y registro de consumibles.
(5) Importar datos del Therapy monitor V2. al Nefrolink y registrar.
(6) Mantenimiento del buen estado del enfermo durante la sesión (hipotensiones, calambres, salida accidental o extravasación de agujas, coagulaciones de circuito o líneas, etc…)
(7) Administración farmacológica del tratamiento intra y postdiálisis.
(8) Cuidados de los accesos vasculares.
(9) Todas aquellas tareas que surjan a lo largo de la sesión y sea necesaria la presencia de enfermería.
(10) Desconexión del paciente.
(11) Desengrase o defección del monitor.
(12) Registro y avisos tanto al personal de enfermería como al personal médico a través del Nefrolink.
(13) Anotaciones en el dietario y en el tablón, todas las eventualidades que se produzcan de interés para el servicio (Analíticas: mensuales, trimestrales, semestrales, urgentes. Ingresos y altas. Consultas. Pruebas complementarias. Colocación o retirada de catéteres, realización de bioimpedancias...).

• De noviembre a diciembre hubo una nueva incorporación al servicio. Acogida y presentada por la supervisora previa lectura del documento de acogida con sus modificaciones, comenzamos su periodo de formación de 2 semanas. Continuamos con la recogida de las actividades y comparamos con las recopiladas desde junio.

• A principio de diciembre, nos reunimos para plasmar y redactar el nuevo documento de acogida al personal de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. Y comenzamos con la elaboración del nuevo protocolo de formación al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis.

En la actualidad, enero 2020, tras la aprobación por parte de todo el equipo de enfermería del servicio de hemodiálisis, nos encontramos:
• El nuevo documento de acogida al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. Redactado.
Documento que pretende ser una herramienta de consulta y una valiosa quía de actuación profesional de la unidad de hemodiálisis, cuyo objetivo es facilitar la integración del nuevo personal.
• Se están llevando a cabo las modificaciones pertinentes en la elaboración del nuevo protocolo de formación al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. Una vez redactado se remitirá para su aprobación y posterior puesta en marcha a la unidad de calidad asistencial del hospital de San Jorge.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS**

Esperamos su implantación de carácter formal marzo/abril 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado los objetivos principales de este proyecto:
? -Garantizar la calidad asistencial, así como la seguridad de la práctica clínica de los pacientes del servicio de hemodiálisis.
? -Proporcionar a los profesionales de enfermería de nueva incorporación las herramientas necesarias para desarrollar las funciones pertinentes en la unidad de hemodiálisis.
? -Mejorar la comunicación entre profesionales fomentando el trabajo en equipo.
? -Disminuir la ansiedad y/o miedo de los pacientes, así como el estrés que genera la llegada al servicio por parte del nuevo personal de enfermería.

Objetivos esperados Valor de Indicadores:

-Presentación del servicio de hemodiálisis al personal de enfermería de nueva incorporación
(Siendo la supervisora de enfermería la responsable de este contacto):
Nº total enfermeras incorporadas que se les ha presentado el servicio/ Nº total enfermeras de nueva incorporación* 100.
3 /3*100=100%

-Aplicación de la formación teórico- practica al personal de nueva incorporación al servicio hemodiálisis:
Nº total enfermeras incorporadas que se les ha dado el protocolo vigente/ Nº total enfermeras de nueva incorporación* 100.
3 /3*100=100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La formación teórico-práctica especializada planificada de los profesionales de enfermería de nueva incorporación en el servicio de hemodiálisis, es fundamental para la adaptación y formación a nivel asistencial. Esto garantiza la calidad en los cuidados de enfermería, así como la disminución de los posibles errores, mejorando la seguridad tanto en los pacientes como en los profesionales.
Las tareas y cuidados de enfermería llevados a cabo en el servicio de hemodiálisis requieren de unos conocimientos específicos que habitualmente no se cubren a nivel académico y en ocasiones conllevan cierta complejidad para el personal de nueva incorporación, requiriendo más tiempo que el requerido en un área general.
A lo largo del plan de mejora y dentro del grupo de trabajo, se han observado deficiencias existentes en el protocolo hasta ahora vigente de incorporación a la unidad. Éstas se han ido recogiendo de forma periódica por cada miembro del grupo y el personal de nueva incorporación que ha manifestado las principales dudas y dificultades a las que se ha enfrentado. Posteriormente se ha realizado una puesta en común. A raíz de esto surge la modificación del documento de acogida para el personal de enfermería de nueva incorporación a la unidad de hemodiálisis y la elaboración de un nuevo protocolo de formación al personal de enfermería de nueva incorporación al servicio de hemodiálisis. La formación y la continua actualización de los conocimientos de hemodiálisis es la base fundamental para poder ofrecer cuidados de calidad y proporcionar la máxima seguridad a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.
Parte de la bibliografía recopilada a lo largo de la elaboración del proyecto, nos habla de la formación de carácter formal de los profesionales de nueva incorporación de 4 semanas, oscilando de 2 a 8 semanas. Lo que nos hace pensar que esto sería lo ideal. Siendo realmente lo necesario el establecimiento de la especialidad de enfermería nefrológica como formación postgrado reglada hasta el presente inexistente.
Debido a las necesidades del servicio de hemodiálisis, a su situación en el momento de llegada del nuevo profesional, a los conocimientos (experiencia profesional, estudio personal) y destrezas del nuevo profesional, este periodo de formación se adapta, pudiendo ser de duración inferior. Al igual que se puedan presentar casos de dificultad en el aprendizaje, lo que nos hace pensar que 4 semanas sea poco tiempo para adquirir muchos de los conocimientos.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1336 ========== ***

Nº de registro: 1336

Título
PROTOCOLO DE FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

Autores:
SANAGUSTIN GARCES MARIA CARMEN, GENERELO LANASPA VICTORIA, BAILO GIL MARIA ANGELES, GABAS CUELLO MONTSERRAT, DOMINGO FUERTES PILAR AMPARO, CARRERA LAPIEDRA NOELIA, GROS SANAGUSTIN LAURA

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

## 1. TÍTULO

## PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
Las tareas y cuidados de enfermería llevados a cabo en el servicio de hemodiálisis requieren de unas aptitudes específicas, que habitualmente no se cubren a nivel académico y en ocasiones conllevan una alta complejidad para el personal de nueva incorporación. Para poder prestar unos cuidados de alta calidad, así como saber identificar las necesidades o demandas de los paciente, es necesaria una formación teórico-práctica especializada de los profesionales, adaptada a las necesidades de nuestro servicio.

Desde hace años se incluye un periodo de formación a los profesionales de nueva incorporación a hemodiálisis, pero éste es de carácter informal, práctico. Sin poder tener en cuenta a los profesionales que cubren las sustituciones rutinarias en el periodo vacacional.

La importancia y utilidad de dicho proyecto es que los profesionales de nueva incorporación consigan un periodo de adaptación y formación planificada a su llegada al servicio, minimizando el temor y la ansiedad en los pacientes, así como el estrés en los profesionales. Mejorar la seguridad tanto en el paciente como en el profesional. Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial. Así como la utilización de los recursos de forma eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS
1.-Garantizar la calidad asistencial, así como la seguridad en la práctica clínica de los pacientes del servicio de hemodiálisis.
2.-Proporcionar a los profesionales de enfermería de nueva incorporación las herramientas necesarias para desarrollar las funciones pertinentes en la unidad de hemodiálisis.
3.- Mejorar la comunicación entre profesionales fomentando el trabajo en equipo.
4.-Disminuir la ansiedad y/o el miedo de los pacientes, así como el estrés que genera la llegada al servicio por parte del nuevo personal de enfermería.

MÉTODO
Análisis de la situación.
Búsqueda bibliográfica de la evidencia científica y recomendaciones existentes en la actualidad.
Elaboración de un cronograma de tareas.
Elaborar de un protocolo de formación teórico -practico desglosado por semanas, con una duración de 4 semanas (35 h-40h/ semanales). Consensuado por toda la unidad y comprobación del cumplimiento del mismo.
Evaluación e implementación de las medidas de mejora.

INDICADORES
INDICADORES
1.-Número de profesionales de nueva incorporación que se incorporan al servicio de hemodiálisis de manera anual.
2.-Profesionales de nueva incorporación a los que se les aplica el protocolo de acogida: Número de profesionales de nueva incorporación a los que se aplica el protocolo de acogida x 100/ Número total de profesionales de nueva incorporación en el servicio de hemodiálisis.

EVALUACION
Evaluación anual e implementación de las medidas de mejora.

DURACIÓN
1.- Constitución del grupo de trabajo, revisión bibliográfica de la evidencia científica y elaboración del protocolo (reuniones mensuales): Abril 2019- octubre 2019.
2.-Redacción del protocolo: Noviembre 2019- diciembre 2019. Revisión Enero 2020.
3.-Consenso del protocolo (por parte de todo el equipo de profesionales de enfermería del servicio de hemodiálisis, 12 enfermeras) y entrega del protocolo a la unidad de Calidad asistencial del Hospital de San Jorge para su aprobación y posterior implantación: Febrero 2020.
4.-Implantacion del protocolo: Marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1336

## 1. TÍTULO

**PROTOCOLO DE FORMACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE NUEVA INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE HEMODIALISIS**

---

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 - 2018/0315

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... SANDRA GARCIA SAEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN
BORDERIAS CLAU LUIS
GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO JAVIER
AGUILAR PAESA CRISTINA
AGUARELES PIRACES MARIA JOSE
ARIZON MENDOZA LOURDES
BARCOS PUYO SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de un protocolo consensuado por todos los componentes de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge según la bibliografía actualizada y adaptado a las prestaciones de nuestro Hospital. El documento ha sido aceptado por la Comisión de Calidad del Hospital San Jorge. El protocolo elaborado a quedado a disposición de todos los compañeros en la pagina WEB (Sección Unidad de calidad-Procedimientos-Atención especializada-Neumología). El calendario se ha cumplido implimentando la sedación en los pacientes sometidos a una broncoscopia flexible desde finales del año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El impacto sobre los pacientes y sobre el personal sanitario que interviene en la realización de la broncoscopia ha sido muy importante y satisfactorio. Los indicadores utilizados han sido los siguientes:
- Grado de satisfacción de los pacientes sometidos a una broncoscopia.
- Grado de satisfacción del personal de enfermería durante la broncoscopia.
- Grado de satisfacción del personal médico durante la broncoscopia.
- Número de pacientes que se les tiene que realizar la broncoscopia bajo sedación profunda y control por anestesista.

Analizamos 47 broncoscopias realizadas en el Hospital San Jorge de Huesca bajo sedación. Mediante la escala analógica visual analizamos el grado de tolerancia por parte de los pacientes: 40 pacientes (85.1%) puntuaron por encima de 7 y solo 1 paciente puntuó por debajo de 2. El 100% de los 8 pacientes a los que se les realizaba una segunda prueba declararon que la tolerancia era mejor. El grado de satisfacción del personal sanitario (auxiliar, enfermera y neumólogo) durante la realización de las pruebas fue muy bueno en el 100% de las exploraciones (en cuanto a colaboración del paciente, dificultad para realización de la prueba y completarla con todas las técnicas necesarias). Durante este periodo únicamente se han tenido que realizar exploraciones con sedación más profunda en 2 pacientes; ambas en el Servicio de UCI (ninguna en quirófano y con control de anestesia).
Solo un paciente presentó complicaciones severas con depresión respiratoria que se superó con soporte básico (Ambu) y fármacos antagonistas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El proyecto de mejora nos ha sido útil para elaborar un protocolo de sedación durante la realización de la broncoscopia flexible consensuado por todo el Servicio de Neumología. Dado los resultados que estamos obteniendo, en la actualidad mas del 95% de las exploraciones las realizamos siguiendo dicho protocolo.
Desde que realizamos las broncoscopias con sedación la realización de dicha prueba es mucho mas satisfactoria, permitiendo realizar el trabajo de una manera mucho mas relajada y con mas tiempo para la ejecución de la misma, con lo cual aumenta el rendimiento de la prueba.
El protocolo ha quedado aceptado en el Hospital y colgado en la pagina web del mismo. Se seguirá utilizando siendo totalmente sostenible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/315 ========== ***

Nº de registro: 0315

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE LA BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315

## 1. TÍTULO

## ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
GARCIA SAEZ SANDRA, CEGOÑINO DE SUS JOAQUIN, BORDERIAS CLAU LUIS, BRIZ MUÑOZ ELENA, GARRAPIZ LOPEZ FRANCISCO JAVIER, AGUARELES PIRACES MARIA JOSE, ARIZON MENDOZA LOURDES, BARCOS PUYO SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Broncoscopia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La broncoscopia flexible es una técnica invasiva diagnóstica y/o terapéutica y, aunque conlleva una escasa morbimortalidad y el tiempo de exploración suele ser corto, es una exploración muy molesta para el paciente. Los objetivos de la sedación serán fundamentalmente aliviar el estado de ansiedad, hacer la técnica lo más confortable posible, facilitar las maniobras al endoscopista aumentando la rentabilidad de la prueba y, si llega a ser preciso, que el paciente consienta una nueva broncoscopia. La sedación administrada por los no anestesistas es segura y coste-efectiva, pero no está exenta de complicaciones. El médico que debe realizar la sedación debe ser aquel que sea capaz de revertir la sedación y manejar las complicaciones que de ella pudieran derivarse. En la Sección de Neumología del Hospital San Jorge hasta hace escasos meses las broncoscopias se realizaban únicamente con anestesia local. En la actualidad se realizan, en la mayoría de los casos, con sedación, pero sin que existan unas directrices consensuadas por todos los neumólogos. Nos proponemos realizar un protocolo para unificar criterios durante la realización de dicho procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto de mejora va dirigido a todos los Neumólogos de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge de Huesca. Con la protocolización de la sedación durante la broncoscopia se disminuye la probabilidad de errores durante la realización de la misma. Al realizar la broncoscopia con sedación se conseguirán los siguientes objetivos:
- Mejorar la tolerancia de la prueba por parte de los pacientes sometidos a la broncoscopia.
- Facilitar el trabajo del personal médico y de enfermería durante la exploración mejorando el rendimiento de la misma.
- Aumentar el número de pacientes que aceptan repetir la broncoscopia en caso necesario.

MÉTODO
Elaboración de un protocolo consensuado por todos los componentes de la Sección de Neumología del Hospital San Jorge según la bibliografía actualizada y adaptado a las prestaciones de nuestro Hospital.
Será necesaria la medicación para realizar la sedación del paciente y para revertirla en caso necesario, y el equipamiento para la monitorización durante el procedimiento. Tanto los fármacos como el equipamiento necesario ya los tenemos disponibles en el hospital. Lo único que será más prolongado es el tiempo de la exploración.

INDICADORES
- Grado de tolerancia de los pacientes sometidos a una broncoscopia mediante escala analógica visual.
- Grado de satisfacción del personal médico durante la broncoscopia mediante un cuestionario realizado a tal efecto.
- Número de pacientes que aceptan una segunda broncoscopia.
- Número de pacientes que se les tiene que realizar la broncoscopia bajo sedación profunda y control por anestesista.
- Número de broncoscopias que se deben suspender por inestabilidad hemodinámica.

DURACIÓN
Elaboración del protocolo durante el mes de abril del 2018. Puesta en marcha inmediata. Valoración del protocolo durante un año.

OBSERVACIONES

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

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0315

## 1. TÍTULO

**ELABORACION DE UN PROTOCOLO PARA LA SEDACION DURANTE BRONCOSCOPIA FLEXIBLE EN EL HOSPITAL SAN JORGE**

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1118

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)**

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS PABLO ZARO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROFISIOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENAVENTE AGUILAR ISABEL
LASIERRA PERIZ YOLANDA
EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO
PARDO MONESMA JESUS
MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA
LASCORZ CORTINA MARIA ISABEL
SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración del Proyecto
Elaboración de hoja de recogida de datos (tabla Excel en el Servidor)
Recogida de datos
Análisis de datos

Objetivo del proyecto:
Implementar el proceso de integración consistente en la captura de la lista de trabajo e incorporación de los informes EEG y EMG/PE a la Historia Clínica Electrónica mediante el sistema HL7, minimizando el riesgo de errores en los datos de los pacientes, facilitando el trabajo diario de los Facultativos y del resto del personal de la Unidad de Neurofisiología Clínica, permitiendo el acceso rápido al informe de las exploraciones al resto de los profesionales involucrados en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, ya sean del propio Hospital, de Atención Primaria o de los facultativos de centros de referencia en caso de ser derivado.

Indicadores:

Pacientes ambulatorios:
Porcentaje de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones.
En el caso de pacientes ingresados, se valorará el porcentaje de informes de exploraciones subidas del total de exploraciones.

Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ambulatorios:
Personal facultativo del Servicio de Neurofisiología Clínica.

Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ingresados: Personal de Enfermería del Servicio de Neurofisiología Clínica.

Control de aspectos técnicos incluida la resolución de fallos del sistema:
Servicio de Informática

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Objetivos esperados:

Valor de Indicadores
EEG: % de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones: 71.8%
EMG: % de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones: 99.39%
PE: % de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha hecho un análisis de los datos de los 9 meses del proyecto (de Abril a Diciembre de 2019), con muy buenos resultados, sobre todo en las Unidades de EMG y Potenciales evocados (se han subido un 99.39% y un 100% de los informes de las exploraciones realizadas con el sistema de integración, respectivamente). En el caso de EEG el porcentaje de informes subidos es de 71.8%.

7. OBSERVACIONES.
En el caso de EEG hemos tenido problemas con el sistema de integración, ya que al ser un equipo de nueva adquisición ha habido errores técnicos, como captura de la hora en formato anglosajón, que han impedido la integración correcta. Además, se han tenido problemas con el Servidor, que ha impedido un funcionamiento correcto del sistema de integración en ocasiones, y con la agenda de los pacientes EEG ingresados.

El servicio de Informática del HSJ junto con los informáticos del Salud y los del equipo de EEG han ido solucionando los problemas que hemos tenido al inicio con el nuevo equipo de EEG; continuaremos mejorando para obtener un porcentaje de informes subidos mayor.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1118

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)**

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1118 ========== ***

Nº de registro: 1118

Título
IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)

Autores:
PABLO ZARO MARIA JESUS, BENAVENTE AGUILAR ISABEL, LASIERRA PERIZ YOLANDA, EIZAGUERRI BRADINERAS ANTONIO, PARDO MONESMA JESUS, MAJARENAS MASCUÑANO VIRGINIA, LASCORZ CORTINA MARIA ISABEL, SANJUAN ABIAN JOSE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
HL7 es una Organización Desarrolladora de Estándares (SDO) para el ámbito de la salud. Acreditada por el American National Standards Institute (ANSI), opera a nivel internacional y su misión en proveer estándares globales para los dominios clínico, asistencial, administrativo y logístico, con el fin de lograr una interoperabilidad real entre los distintos sistemas de información en el área de la salud. Es una de las organizaciones más importantes de informática médica a nivel internacional.

HL7 provee los estándares necesarios para el intercambio, integración, distribución y recuperación de información electrónica de salud que soporte la práctica clínica y la gestión, prestación y evaluación de servicios de salud. Las especificaciones HL7 más utilizadas son estándares de mensajería que permiten que diferentes aplicaciones de salud intercambien conjuntos clave de datos clínicos y administrativos.

La HCE, o "registro electrónico de salud" (EHR, por las siglas en inglés de Electronic Health Record) se creó en la década de los sesenta. En los últimos años, la adopción de HCE en los hospitales ha aumentado rápidamente, lo que ha generado grandes expectativas de mejoras en la calidad asistencial, la seguridad del paciente, la eficiencia de los procesos de atención y el empoderamiento del paciente.

Con el avance de las tecnologías, los nuevos equipos de diagnóstico utilizados en los laboratorios de Neurofisiología Clínica disponen de las prestaciones necesarias para realizar la integración con la HCE mediante el sistema HL7. Permiten capturar la lista de trabajo y adjuntar automáticamente a la HCE los informes de las pruebas diagnósticas realizadas por los facultativos.

Este sistema tiene grandes ventajas:

Facilita el trabajo diario y permite ahorrar tiempo.
Minimiza los errores, tanto los cometidos al rellenar la ficha del paciente como al incorporar el informe manualmente.
Permite acceder al informe del paciente no solo el facultativo solicitante sino también a su médico de Atención Primaria.
Permite el acceso de los resultados de las pruebas diagnósticas a los facultativos de los centros de referencia en caso de que el paciente sea derivado.
Dado que esta Unidad presta asistencia neurofisiológica a toda la población de la provincia de Huesca, evita los extravíos del informe al enviarse por correo.

A raíz de la adquisición de nuevos equipos de electromiografía (EMG)/ Potenciales evocados (PE) ( 2017) y electroencefalografía (EEG) ( diciembre de 2018) la Unidad de Neurofisiología Clínica comenzó con la integración de la HCE mediante el HL7 . En el año 2018 se inició la integración en los equipos de EMG/PE y a comienzos de 2019 la del equipo de electroencefalografía, siendo pioneros en Aragón en la utilización de este sistema, ya que es la Unidad de Neurofisiología Clínica del hospital San Jorge de Huesca la primera en incorporarlo.
Para la implementación de este sistema ha sido imprescindible la colaboración del Servicio de Informática del Hospital San Jorge, Centro de Gestión Integrada de Proyectos Corporativos (CGIPC) de los Servicios Centrales del SALUD, y de la empresa comercializadora de los equipos ( ALMEVAN).

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1118

## 1. TÍTULO

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE INTEGRACION HEALTH LEVEL SEVEN INTERNACIONAL (HL7) EN LOS INFORMES DE EMG Y EEG EN LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA (HCE)**

RESULTADOS ESPERADOS
Implementar el proceso integración consistente en la captura de la lista de trabajo e incorporación de los informes EEG y EMG/ PE a la Historia Clínica Electrónica mediante el sistema HL7, minimizando el riesgo de errores en los datos de los pacientes, facilitando el trabajo diario de los Facultativos y del resto del personal de la Unidad de Neurofisiología Clínica y permitiendo el acceso rápido al informe de las exploraciones al resto de los profesionales involucrados en el proceso de diagnóstico y tratamiento del paciente, ya sean del propio Hospital, de Atención Primaria o de los facultativos de centros de referencia en caso de ser derivado

MÉTODO
Elaboración del Proyecto
Elaboración de hoja de recogida de datos (tabla Excel en el Servidor)
Recogida de datos
Análisis de datos

INDICADORES
Los indicadores serán los siguientes:
Pacientes ambulatorios: Porcentaje de informes de exploraciones subidos del total de exploraciones.
En el caso de pacientes ingresados, se valorará el porcentaje de informes de exploraciones subidas del total de exploraciones.
Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ambulatorios: Personal facultativo del Servicio de Neurofisiología Clínica.
Evaluación y recogida de datos de las Unidades de EEG y EMG/PE de pacientes ingresados: Personal de Enfermería del Servicio de Neurofisiología Clínica.
Control de aspectos técnicos incluida la resolución de fallos del sistema: Servicio de Informática.

DURACIÓN
Enero-Abril 2019: Elaboración del proyecto, planificación, determinación de indicadores
Abril-Octubre 2019: Recogida de datos
Noviembre-Diciembre 2019: Análisis de datos.

OBSERVACIONES
La integración de los informes de exploraciones de Neurofisiología Clínica que se está realizando en nuestro hospital es una actividad pionera en nuestra Comunidad, siendo el único de Aragón en realizarla, y sirviendo como piloto para su implantación en otros hospitales que disponen de equipos con las mismas prestaciones.

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 - 2019/0203

## 1. TÍTULO

## APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN NEUROLOGÍA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS TORDESILLAS LIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA FERNANDEZ LORENA
ALBERTI GONZALEZ OLALLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Rotación del Dr. Artal Roy Jorge conmigo durante 5 jornadas para el aprendizaje de la aplicación de la toxina en las diferentes patologías, incluido el uso del EMG/estimulador Clavis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Ha pinchado toxina en espasmos hemifaciales, blefarospasmos y en las salivares en casos de sialorrea sin ninguna supervisión, completamente autónomo, en consulta propia. Es capaz de tratar músculos proximales de los miembros en casos de espasticidad y distonía de forma autónoma, pero necesita apoyo en caso de algunos músculos distales (pronadores, flexores del carpo y dedos, cuello...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Precisaría algo más de práctica para tratar otras patologías. Es difícil conseguir que los médicos roten para el aprendizaje por las necesidades asistenciales de la unidad. No obstante el proceso no ha terminado.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/203 ========== ***

Nº de registro: 0203

Título
APLICACION PRACTICA DE LA TOXINA BOTULINICA EN NEUROLOGIA

Autores:
TORDESILLAS LIA CARLOS, GARCIA FERNANDEZ LORENA, ALBERTI GONZALEZ OLALLA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
Solo un miembro de la sección conoce todas las técnicas del uso de la toxina botulínica. Dos más conocen una sola técnica.

RESULTADOS ESPERADOS
Formar al menos 2 miembros (o tres si se puede) más de la sección en la mayoría de las técnicas de aplicación de la toxina botulínica en neurología

MÉTODO
Rotación y práctica bajo dirección de las diferentes técnica. Uso del CLAVIS

INDICADORES
Demostración práctica de las técnicas de aplicación de la toxina botulinica

DURACIÓN
12 sesiones por discente. Comenzando en Marzo si es posible.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0203

## 1. TÍTULO

## APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN NEUROLOGÍA

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 - 2019/0553

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA GOMARA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORDESILLAS LIA CARLOS
ARTAL ROY JORGE
MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha implantado una consulta de Epilepsia monográfica con periodicidad mensual
Se ha fijado un neurólogo y personal de enfermería fijos para la atención en esta consulta
Se han ido derivando pacientes desde la consulta de neurología general estableciendo prioridad a aquellos que presentan mayor refractariedad y a pacientes de reciente diagnóstico de epilepsia
Se ha establecido vía de derivación para estudio de epilepsia refractaria con el servicio de Neurofisiología
Se ha establecido vía de derivación para el estudio prequirúrgico de epilepsia refractaria con el servicio de Neurología de hospital de referencia
Formación de pacientes y familiares acerca de la enfermedad, actitud a seguir en caso de presentar una crisis epiléptica y terapias a seguir

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Agrupación y registro en base de datos de los pacientes epilépticos del sector sobre todo aquellos más refractarios y que precisan revisiones periódicas frecuentes
Ofrecer a los pacientes y familiares adecuada información del proceso de su enfermedad así como formación adecuada para evitar nuevas crisis epilépticas y la correcta actuación en caso de presentar una crisis epiléptica.
Establecer una vía de comunicación y colaboración con diferentes servicios implicados en la atención al paciente con epilepsia (Neurofisiología, Unidad de Epilepsia de HUMS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mantendremos la consulta de momento con esta periodicidad y en función de las necesidades asistenciales de los pacientes ampliaremos las agendas para este fin. La idea es seguir realizando actividades formativas y de mejora de la calidad en la atención de los pacientes incidiendo en sus comorbilidades asociadas, estudios neuropsiquiátricos y de monitorización para el diagnóstico diferencial con los Eventos paroxísticos no epilépticos de cara al próximo año. El haber establecido un neurólogo de referencia y personal de enfermería fijo en esta consulta supone que el paciente tenga un médico de referencia que conoce su patología crónica y una enfermera que resuelva sus dudas de forma rápida y eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/553 ========== ***

Nº de registro: 0553

Título
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
GARCIA GOMARA MARIA JOSE, TORDESILLAS LIA CARLOS, ARTAL ROY JORGE, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0553

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Epilepsia es una enfermedad neurológica que consiste en una alteración cerebral que predispone a tener crisis epilépticas de repetición.
La prevalencia es de 1% en la población general y provoca una merma en la calidad de vida de los pacientes que la padecen así como de sus familiares tanto por el riesgo de accidentes tras sufrir una crisis epiléptica que conlleva a restricciones laborales y sociales, como al estigma que provoca y sus comorbilidades físicas y psicológicas derivadas de la enfermedad y sus tratamientos.
Un 70% de los pacientes epilépticos presentan un adecuado control de las crisis con uno o más tratamientos farmacológicos mientras que el resto presentarán mal control de las mismas; uno de los factores más importantes que provocan el fracaso del tratamiento es el mal cumplimiento terapeútico por parte de los pacientes asi como estilos de vida inadecuados como el consumo de tóxicos, mala higiene del sueño, etc. Todo esto provoca un gasto elevado de recursos sanitarios y hay que dedicar un tiempo específico para cada paciente en el que explicar, recomendar e informar sobre estos aspectos que por desgracia excede el de una consulta de neurología general convencional.

RESULTADOS ESPERADOS
La población diana de este proyecto será todo paciente que presente una epilepsia, sobre todo los casos más refractarios en el sector de Huesca.
La principal intervención será orientar e informar en el diagnóstico inicial de epilepsia mejorando la información al paciente y familiares, así como mejorar la calidad asistencial en los pacientes que requieran una atención más especial por ser refractarios, control de embarazo en mujeres epilépticas y estudio prequirurgico de epilepsia para ser derivados a la Comisión de Cirugía de Epilepsia.
Tener una referencia en epilepsia para los médicos de atención primaria así como de mejorar su formación en dicha patología mediante charlas, elaboración de protocolos, etc.

MÉTODO
1. Realizar una evaluación inicial de los pacientes que presentan epilepsia
- Historia clínica detallada con Antecedentes personales y familiares, AP de consumo de tóxicos, desarrollo psicomotor, embarazo y parto. Edad de debut de la epilepsia, tipos de crisis epilépticas y desencadenantes de las mismas.
- Exploración física y neurológica detallada
2. Establecer un diagnóstico de presunción del tipo de Epilepsia que presenta el paciente
3. Solicitud de pruebas complementarias necesarias
4. Elaboración de un plan terapeútico del paciente
5. Entrega de calendario de crisis epilépticas
6. Elaboración de un informe en Historia Clínica Electrónica para que cualquier personal sanitario pueda estar informado de la situación del paciente en caso de precisar una atención urgente
7. Elaboración de Base de datos de todos los pacientes epilépticos atendidos en esta consulta para poder tener un registro por patología, complicaciones y desarrollar líneas de investigación con estos datos.
8. Elaboración de protocolos de actuación para familiares y el personal sanitario de urgencias en caso de presenciar una crisis epiléptica así como de actuación en el status epiléptico.

INDICADORES
- Creación de base de datos con los pacientes de consulta para control de calidad y posteriores proyectos de investigación en epilepsia
- Tras un año de la puesta en marcha de la consulta y posteriormente de forma a nual se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes y familiares
- Realizar una memoria funcional anual de la consulta

DURACIÓN
A partir del mes de abril de 2018 se comenzarán a citar consultas específicas de epilepsia en el Hospital San Jorge de Huesca con una periodicidad inicial de 1 al mes, donde cada día se revisaran de 10 a 12 pacientes con 30 minutos por consulta.
La duración del proyecto se prevé indefinida, pudiendo ampliar el número de días en función de la demanda por la prevalencia de la patología.

OBSERVACIONES
Adjunto Bibliografía reciente:
The influence of attachment style and relationship quality on quality of life and psychological distress in carers of people with epileptic and nonepileptic seizures. Wardrope A, Green B, Norman P, Reuber M. Epilepsy Behav. 2019 Feb 16;93:16-21.
Behavioral interventions in epilepsy.Haut SR, Gursky JM, Privitera M. Curr Opin Neurol. 2019 Apr;32(2):227-236.

Living with epilepsy in adolescence-A qualitative study of young people's experiences in Singapore: Peer socialization, autonomy, and self-esteem. Chew J, Carpenter J, Haase AM. Child Care Health Dev. 2019 Mar;45(2):241-250

Valoración de otros apartados
---

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0553

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE EPILEPSIA EN EL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

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

*** ========================================================================================== ***
```

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0731

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN**

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JORGE ARTAL ROY
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA FERNANDEZ LORENA
MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA
POVEDA SERRANO PILAR
SERRA PUYAL BEATRIZ
SERRANO PONZ MARTA
MARTA MORENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En base a la creación del protocolo de utilización de la TAC de Jaca en el Código Ictus de Aragón se han realizado varias acciones para su elaboración y aceptación por los distintos servicios implicados.
Reuniones:
1.- Neurología Hospital San Jorge – Coordinadores del Código Ictus Aragón: Marzo 2019 exposición del problema, nuevo escenario y recursos disponibles. De la reunión salieron las directrices iniciales para la realización del protocolo.
2.- Neurología del Hospital San Jorge: Abril-Mayo 2019: Creación del nuevo protocolo y planificación de las reuniones a realizar con los servicios implicados.
3.- Neurología Hospital San Jorge- Radiología Hospital San Jorge: Junio 2019 Discusión del protocolo y cambios a realizar por logística del servicio de radiología.
4.-Neurología Hospital San Jorge- Urgencias Hospital San Jorge: Junio 2019 Exposición del protocolo consensuado con radiología y nuevos cambios a realizar por necesidades del Servicio de Urgencias.
5.-Neurología Hospital San Jorge- 061 Aragón (no presencial) : Septiembre 2019 Exposición del protocolo con los cambios efectuados, cambios a realizar por logística de los servicios de 061 Aragón (modo de traslado, modo de activación…)
6.- Neurología Hospital San Jorge – Radiología Hospital San Jorge- Servicio de Urgencias Hospital san Jorge- servicio de Urgencias de Hospital de Jaca. Octubre de 2019. Últimas anotaciones y aceptación del protocolo.
7.- Neurología Hospital San Jorge inicia la fase dar a conocer el protocolo a los miembros implicados.
8.-Exposición del protocolo inicial al Plan de Atención al Ictus Aragón con aceptación. Noviembre 2019
9.- Exposición del protocolo a los miembros del Servicio de Urgencias de Jaca. Noviembre 2019
10.- Exposición del protocolo a los miembros que realizan guardias de Neurovascular a nivel regional Noviembre de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El principal indicador fue la realización del protocolo con la aceptación por parte del PAIA (Plan de Atención al Ictus Aragón). Este protocolo afecta principalmente a los Servicios de Neurología de todo Aragón, Radiología de Jaca, Huesca y Hospital Universitario Miguel Servet, 061 de Aragón, Servicios de Urgencias de Jaca, Huesca y HUMS, Neuroradiología intervencionista y miembros del PAIA .
A nivel de usuario afecta fundamentalmente a la población del Sector Sanitario de Huesca y Jaca permitiendo una asistencia de Calidad, siguiendo principios de equidad, eficiencia y seguridad.
El protocolo se ha estado manejando desde la segunda mitad de 2019, en una primera fase hemos recogido los pacientes que han requerido traslado, identificando los problemas generados como medición para su modificación antes de ser expuesto en la página de nuestro centro.

Con respecto a los indicadores sólo se han recogido esta segunda mitad del año que es cuando empieza a utilizarse la base del protocolo . Como fuente utilizamos la base de datos de ictus del HUMS y la HCE.

Utilizamos:
1.-Nº de traslados realizados de Jaca a Zaragoza (pacientes con ictus atendidos en Jaca que cumplen los criterios para derivación a Zaragoza): 5
2.-Nº de angioTAC cerebral realizados en el HUMS con respecto a los pacientes trasladados desde Jaca (pacientes con ictus que son derivados a Zaragoza y en los que realmente se requiere la realización de angioTAC/ TAC multimodal cerebral, por lo tanto derivaciones correctas) : 5/5 (100%)
3.-Nº de traslados evitados a Zaragoza (Jaca-Huesca) (pacientes con ictus atendidos en Jaca y que no cumplen criterios para realización de angioTAC/TAC multimodal urgente): 2
4.-Nº de trombectomías realizadas con traslado directo desde Jaca (nº de pacientes trasladados que tras la realización de angioTAC se realiza trombectomía) : 1/5
5.- Nº de derivaciones a Área de ictus de Huesca una vez se ha descartado realización de trombectomía mecánica: 4/4 (100%)

Recordar que se ha modificado el protocolo en virtud de los problemas que se han ido detectando en estos casos.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0731

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El protocolo ha sido modificado en varias ocasiones por la gran cantidad de servicios implicados, lo que ha requerido gran número de reuniones como hemos expuesto previamente.
Este primer año sólo ha permitido recoger datos de la segunda mitad del año y se han hecho modificaciones del protocolo posteriormente por lo que los datos a analizar serán los obtenidos en el año 2020.
Queda pendiente el envió al portal del Hospital San Jorge (pendiente de aprobar última corrección por 061).
El protocolo será reevaluado periodicamente según los resultados obtenidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/731 ========== ***

Nº de registro: 0731

Título
OPTIMIZACION DE LA UTILIZACION DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACION AL SISTEMA DE CODIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ARAGON

Autores:
ARTAL ROY JORGE, ALBERTI GONZALEZ OLALLA, GARCIA FERNANDEZ LORENA, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, POVEDA SERRANO PILAR, SERRA PUYAL BEATRIZ, MARTA MORENO JAVIER, SERRANO PONZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Programa de Atención al Ictus de Aragón (PAIA), fue aprobado en 2009, con el objetivo de mejorar la asistencia al ictus con criterios de seguridad, eficacia, eficiencia y equidad. Se viene desarrollando desde entonces en toda la Comunidad y ha mejorado la asistencia al ictus de una forma considerable, estableciendo unos estándares de atención, pruebas a realizar, etc.
Uno de los apartados que ha cobrado mayor relevancia en los últimos años es el tratamiento en la fase aguda del ictus a través de fibrinólisis intravenosa, trombectomía mecánica o ambas para lo cual los pacientes deben cumplir una serie de criterios de inclusión y exclusión.
Con el fin de mejorar está selección de pacientes,asegurar la equidad en nuestro territorio y una correcta praxis se implantaron las guardias de neurovascular realizadas por neurólogos con formación especial en esta patología y que actualmente están localizadas en el HUMS único centro de Aragón en dónde se realiza tratamiento neurointervencionista en esta patología.
El Neurólogo vascular tiene la función de gestor del caso. El sistema informático “Teleictus” permite conectarse con el centro dónde se encuentra el paciente que ha motivado el código ictus obteniendo toda la información para la correcta valoración del caso.
Uno de los requisitos más relevantes a la hora de valorar el tratamiento en la fase aguda del ictus se obtiene a través de la prueba de imagen que permitirá eliminar riesgos para la aplicación del tratamiento fibrinolítico (TAC y TAC de perfusión) y señalará la presencia de trombo proximal en el polígono de Willis (angio TAC), situación que requerirá tratamiento mediante trombectomía mecánica por lo que el paciente deberá ser trasladado al centro de referencia para intervencionismo.
Hasta este año la valoración de pacientes con activación de Código Ictus en la provincia de Huesca se realizaba en el Hospital San Jorge de Huesca y el Hospital de Barbastro ya que era los únicos centros dotados de TAC ce para la valoración en la fase aguda del ictus.
Desde este año, con la dotación de TAC en el Hospital de jaca se abre un nuevo escenario que requiere una reingenieria del Proceso Ictus Aragón en la fase aguda del ictus para evitar traslados inecesarios y optimizar los tiempos de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es la realización de un protocolo de actuación frente a los pacientes con patología cerebral vascular en fase aguda que sean atendidos en el Hospital de Jaca o en el área salud de Jaca dando las directrices sobre la activación del código ictus, sobre cuando debe ser el paciente trasladado por el 061 al

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0731

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL TAC CRANEAL DEL HOSPITAL DE JACA Y SU INCORPORACIÓN AL SISTEMA DE CÓDIGO ICTUS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

Hospital de Jaca y cuando al Hospital San Jorge de Huesca, sobre cuando iniciar en Jaca el tratamiento con fibrinólisis intravenosa y sobre cuando derivar a los pacientes desde el Hospital de Jaca al HUMS para tratamiento endovascular.

MÉTODO
Se requerirán reuniones entre los representantes del proceso ictus del Hospital San Jorge de Huesca, Hospital de Jaca y Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza para consensuar el protocolo.
Una vez establecido el protocolo se realizará una reunión con el servicio de urgencias de Jaca para comunicar las pautas de actuación, así mismo se realizará una reunión con el representante del 061 para explicar el protocolo

INDICADORES
El principal indicador será la realización del protocolo que deberá ser aprobado por el PAIA. Como indicadores se recogerán número de traslados realizados (indicados y noindicados) y número de procedimientos realizados.

DURACIÓN
Se espera que el protocolo de actuación este vigente para el mes de Junio. Las reuniones para comunicar los distintos aspectos del protocolo se realizará durante los meses de Mayo y Junio.

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 - 2019/0969

## 1. TÍTULO

## CREACIÓN DE PERFILES ANALÍTICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGÍA DE HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAL ROY JORGE
ALBERTI GONZALEZ OLALLA
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
TORDESILLAS LIA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El primer trabajo fue de revisión en las guías correspondientes a cada patología de la Sociedad Española de Neurología los algoritmos diagnósticos y se recogió lo que interesaba respecto a las solicitud de pruebas diagnosticas de laboratorio. Posteriormente se consensuó entre los cinco miembros del Servicio de Neurología, dichos perfiles y se añadieron nuevos items que se vieron necesarios. Una vez preparados los perfiles se hicieron varias reuniones con responsables del Sº de Bioquímica y de laboratorio del Hospital san Jorge para la adjudicación de un código y su incorporaron en la solicitud electrónica de peticiones de laboratorio.
El resultado de este trabajo ha sido la creación de los siguientes PES:
PES 330: Perfil Deterioro Cognitivo.
Código: 330.
Perfiles: Hemoglobina glicosilada, hemograma, lues.
Pruebas: Glucosa, urea, creatinina, acido urico, proteinas totales, colesterol total, sodio, potasio, cloro, vitamina B12, acido folico,, TSH, vitamina D, filtrado glomerular estimado.
PES 331: Perfil Polineuropatia:
Código :331.
Perfiles: Complemento, Inmunologia, proteinograma, Ac anti citoplasma neutrofilo, Hemoglobina glicosilada, hemograma, serologia VIH, brucella,hepatitis C y B,borrelia y lues.
Pruebas: glucosa, yrea, creatinina, acido urico,proteinas totales, ALT,AST,ALP,GGT, bilirrubina total, albumina, trigliceridos, ECA,LDH, ANA scren, ac antitiroideos, VSG, vitamina B 12, acido folico, TSH, vitamina D, PCR, inmunofijacion en suero, crioglobulinas, Filtrado glomerular estimado.
PES 332:Perfil ictus en paciente joven.
Código: 332.
Perfiles: Complemento, proteinograma, hemoglobina glicosilada, hemograma, serologia VIH, brucela, hepatitis B y C, borrelia y lues.
Pruebas: glucosa, urea, creatinina, acido urico, proteinas totales, calcio, fosforo, ALT, AST, GGT,colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, bilirrubina total, albumina, sodio, potasio, cloro, trigliceridos, LDH, ANA scren, ANti DNA, VSG, vitamina B12, acido folico, TSH,Vitamina D, homocisteina, PCR, inmunocomplejos circulantes, inmunofijacion en suero, crioglobulinas, T. de protrombina, actividad de protrombina, fibrinogenos derivado, anticoagulante lupico, ac anticardiolipina IgG, anti beta 2 glicoproteina, lactato en plasma, factor reumatoide, filtrado glomerular estimado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han establecido tres nuevos perfiles analíticos de nueva creación en patologías neurológicas frecuentes . Dicha creación impacta en el tiempo de consulta, siendo mas rápida su solicitud a través de este formato. Ademas homogeneiza las peticiones entre los distintos facultativos, facilitando las visitas de revisión de los pacientes entre compañeros al solicitar lo mismo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tras la incorporación de estos tres primeros perfiles se ha visto la utilidad de su uso, en cuanto al ahorro de tiempo y simplificación en la petición de analíticas, sobretodo en la actividad en consulta, por lo que se seguiría trabajando en esta linea con la creación de nuevos perfiles .

7. OBSERVACIONES.
Se ha difundido a otras especialidades ( medicina interna, geriatría) que puedan tener interés en su uso. Así mismo se ha comunicado a otros Servicios de Neurología de otros centros ( Hospital Royo Villanova, Hospital de Alcañiz, Hospital de Barbastro..) por si creen que pueda ser también de su interés.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/969 ========== ***

Nº de registro: 0969

Título
CREACION DE PERFILES ANALITICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGIA DE HOSPITAL SAN JORGE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0969

## 1. TÍTULO

## CREACIÓN DE PERFILES ANALÍTICOS DE SOLICITUD FRECUENTE EN NEUROLOGÍA DE HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
GRACIA FERNANDEZ LORENA, ARTAL ROY JORGE, GARCIA GOMARA MARIA JOSE, MARTIN GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actividad en practica clínica habitual en Neurología, hay patologías de alta prevalencia que precisan de estudios analíticos muy estandarizados y consensuados por las diferentes sociedades científicas. Se propone redactar perfiles analíticos concretos para patología neurológica frecuente para optimar recursos y tiempo tanto en consulta como en hospitalizan.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de Perfiles analíticos de uso frecuente en Neurología, en diferentes patologías: Deterioro cognitivo, ictus en paciente joven etc...

MÉTODO
Durante este año realización de reuniones dentro del servicio de Neurología y con los distintos servicios de laboratorios centrales para consensuar las determinaciones pertinentes en cada perfil.

INDICADORES
Tras la instauración de los perfiles analiticos, se realizara una evaluación del numero de peticiones realizadas y las nuevas necesidades que se vayan observando.

DURACIÓN
Durante el año natural 2019, para la implantación para 2020.

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 - 2019/1347

## 1. TÍTULO

## PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... OLALLA ALBERTI GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORDESILLAS LIA CARLOS
GARCIA GOMARA MARIA JOSE
MALON MARCO AMAYA
ALBA TIERZ NURIA
URZOLA CASTRO CARMEN
ANORO CASBAS MARIA JOSE
FORTUÑO MORANTE LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se han realizado 8 jornadas formativas de 60 minutos de duración cada una a lo largo de 2019. Cada sesión consta de parte teórica y práctica, así como foro debate de resolución de problemas al finalizar.
La parte teórica se ha desarrollado con la presentación de un power point, la parte práctica planteando supuestos habituales de pacientes reales y por último el debate final ha servido para resolver dudas de la aplicación de los conceptos explicados.
Para facilitar la accesibilidad del personal de enfermería, las sesiones han tenido lugar con la coordinación de la Supervisora de Enfermería de la 6º planta, en la sala de espera, en horario no empleado por los familiares ni pacientes.
Recursos: se ha empleado el ordenador y cañon para sesiones del servicio.

CRONOGRAMA-PONENTE

30 de Abril 2019: “Nutrición en la fase aguda de Ictus. Test MEC-VOL”-Carmen Urzola. Supervisora de Nutrición
7 de Mayo 2019: “Tipos de Ictus: Características fundamentales e implicación en sus cuidados”. Lorena Garcia. FEA Neurología
14 de Mayo 2019: “Escalas para evaluación de Ictus (NIHSS, Canadiense, etc) y la importancia de los principales cuidados en fase aguda del Ictus. Carlos Tordesillas. FEA Neurología.
21 de Mayo 2019: “Principales complicaciones y su manejo en fase aguda de Ictus y tras fibrinolisis/terapia de reperfusión”.Olalla Albertí. FEA Neurología.
10 de Septiembre 2019: “Trombectomía: en qué consiste, procedimiento, cuidados especiales y principales complicaciones. Jorge Artal. FEA Neurología
8 de Octubre 2019: “Cuidados de enfermería en área de Ictus y sus implicaciones” Amaya Malon. Enfermería 6 planta.
12 de Noviembre 2019: “Movilización precoz en fase aguda de Ictus y la importancia de los cambios posturales. Nuria Alba. Fisioterapeuta servicio de Rehabilitación.
18 de Diciembre 2019: “Revisión de actuaciones durante 2019 dudas, resumen de los temas de la formación y propuestas de mejora” Olalla Albertí . FEA Neurología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha completado el programa formativo con alta participación de enfermería. Ha servido para estrechar lazos comunicativos y solución de dudas/problemas, que en el día a día son muy difíciles solucionar.
La integración multidisciplinar del grupo formativo/asistentes enriquece el trabajo diario.
La principal demanda recogida en la evaluación del proyecto es una mayor cercanía/accesibilidad por parte de los FEAs para mejorara la comunicación y ven positivo este proyecto como vehiculación de la misma.

INDICADORES (S/N):
Se han llevado a cabo las 8 sesiones: SI
Asistencia >80% plantilla enfermería dedicada a cuidados de Ictus : SI (hoja de asistencia)
Cumplimentación de hoja de asistencia en las 8 sesiones: SI
Encuesta de satisfación realizada: SI
Cronograma cumplido: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque resulta complejo coordinar a los distintos servicios: Rehabilitación, Nutrición, Neurología y Enfermería ésta actividad crea y mantiene los lazos comunicativos y de grupo fundamentales para la aplicación conjunta de cuidados en la fase aguda de Ictus.
Éste tipo de actividades de no ser programadas y bajo un programa "oficial" son muy difíciles de concluir debido al escaso tiempo para su planificación y desarrollo durante la actividad diaria.

7. OBSERVACIONES.
Por motivos organizativos fue necesario retrasar el inicio de las sesiones a Abril en lugar de iniciar en Febrero y de forma mas agrupada, para asegurar mayor impacto.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1347

## 1. TÍTULO

## PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1347 ========== ***

Nº de registro: 1347

Título
PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA DE ENFERMERIA EN PATOLOGIA CEREBROVASCULAR

Autores:
ALBERTI GONZALEZ OLALLA, TORDESILLAS LIA CARLOS, GACIA GOMARA MARIA JOSE, MALON MARCO AMAYA, ALBA TIERZ NURIA, URZOLA CASTRO CARMEN, AÑORO CASBAS MARIA JOSE, FORTUÑO MORANTE LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad cerebrovascular
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cuidado en la fase aguda del Ictus en unidades de cuidados intermedios específicas (Unidades/áreas de Iictus) con protocolos reglados y personal cualificado (enfermería) ha demostrado disminuir la mortalidad en un 17% y la mortalidad o dependencia funcional en un 25%. El número de pacientes que es necesario tratar (NNT) para evitar una muerte es 33 y para evitar una dependencia de 20. Para asegurar su adecuado funcionamineto es de vital importancia mantener personal de enfermería altamente cualificado que asegure la detección y manejo de las complicaciones mas frecuentes en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Mantener un elevado índice de competencia en la atención multidisciplinar al Ictus Agudo en los profesionales implicados, con especial interés en el personal de enfermería y auxiliares sanitarios encargados de la detección de las principales complicaciones y manejo de las mismas.
Mantener una comunicación fluída transversal entre los distintos estamentos implicados en la atención al Ictus Agudo (facultativos, enfermería auxiliares, etc) y solución de posibles problemas.

MÉTODO
Se realizarán 8 jornadas formativas de 60 minutos de duración cada una a lo largo de 2019 que comprenderán parte teórica y parte práctica y de resolución de problemas.

INDICADORES
Se realizarán 8 sesiones formativas de 60 minutos de duración cada una. Se realizará encuesta de satisfacción al finalizar el curso, así como control de asistencia mediante firma de los participantes

DURACIÓN
Febrero de 2019-diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0246

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MACHIN RICOL
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO
MORENO PEREZ RAQUEL
OBON CASTEL BEATRIZ
TAJADA CEPERO PILAR DARIA
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA
VELA LETE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto estaba previsto para iniciarse a lo largo del año 2019. Sin embargo, puesto que hacía falta una re-estructuración de las consultas de obstetricia se ha tenido que demorar.
A pesar de que ya está realizado el protocolo a seguir ante las pacientes que presenten riesgo de preeclampsia en el primer trimestre, por problemas organizativos y asistenciales, no se ha podido iniciar la parte práctica del protocolo y empezará en febrero de 2020.
Para poder iniciar estos cambios se han re-estructurado las consultas de obstetricia aumentando el número de primeras visitas del Hospital San Jorge, ya que además va a asumir a todas las gestantes que hasta el momento acudían al Hospital de Jaca para que todas las pacientes del área pueden beneficiarse del screening que queremos implantar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Como ya he explicado, por problemas organizativos y asistenciales (durante gran parte del año hemos estado con menos plantilla), no se ha podido iniciar todavía el proceso, pero ya está todo organizado para comenzar en febrero de 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Si fuera posible, me gustaría continuar con este proyecto,puesto que durante este primer año hemos hecho las modificaciones necesarias tanto en la consulta adecuando las citaciones y el ecógrafo que teníamos en dicha consulta para poder comenzar en febrero de 2020. Así pues, durante este año 2020 se podría continuar con el proyecto para poder realizar la parte práctica y por la cual las gestantes saldrían beneficiadas.

7. OBSERVACIONES.
En caso de que se permite realizar un seguimiento del proyecto, no tengo claro si debería mandar este año nuevamente el proyecto indicando que es seguimiento o si se acepta, ya se da por enviado

*** ========== Resumen del proyecto 2019/246 ========== ***

Nº de registro: 0246

Título
IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MACHIN RICOL MARIA PILAR, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, MORENO PEREZ RAQUEL, OBON CASTEL BEATRIZ, TAJADA CEPERO PILAR DARIA, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA, VELA LETE ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0246

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

PROBLEMA
La preeclampsia es una causa importante de morbimortalidad tanto materna como perinatal. El riesgo de un resultado adverso es mucho mayor cuando la enfermedad es severa y de inicio temprano que requiera un parto antes de las 37 semanas de gestación que si se produce a término. Un reto importante es la identificación precoz de los embarazos de alto riesgo de preeclampsia temprana y la realización de las medidas necesarias para mejorar la placentación y reducir la prevalencia de la enfermedad.
Se ha visto con diferentes estudios, que el tratamiento con dosis bajas de aspirina en mujeres con alto riesgo de preeclampsia reduce sustancialmente la incidencia de la enfermedad. Así, si identificamos a dichas mujeres, podemos iniciar precozmente el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo consiste en poder hacer una estimación del riesgo que tiene una gestante de desarrollar preeclampsia en ese embarazo y así poder tratar con anterioridad a las mujeres que tienen mayor riesgo de presentar la enfermedad para disminuir las posibles complicaciones que nos podemos encontrar.
Para ello, durante la visita del primer trimestre (11-14 SG) calcularemos el riesgo que tienen de preeclampsia en dicha gestación, y así a las que tengan alto riesgo (>1/70), podremos iniciar precozmente el tratamiento preventivo con ácido acetil salicílico 150 mg/24h hasta la semana 36 de embarazo para disminuir tanto la incidencia como los ingresos, visitas y la morbilidad asociada.

MÉTODO
En la primera visita (11-14 SG) calcularemos el riesgo de preeclampsia basándonos en calculadoras creadas por otros servicios.
Para poder calcular el riesgo, deberemos realizar una medición del índice de pulsatilidad de las arterias uterinas y junto con la información recabada de la anamnesis, tendremos el riesgo individual para poder iniciar tratamiento si es necesario. Para ello, necesitaríamos ampliar el tiempo por paciente para hacer una correcta medición de la pulsatilidad de las arterias uterinas.

INDICADORES
Trabajaremos con la calculadora de riesgo de preeclampsia ya existente del Hospital Clínic de Barcelona que nos dará información de las pacientes con alto reisgo de desarrollar la enfermedad.

DURACIÓN
Comenzaremos en Mayo de 2019, ampliando el tiempo necesario para las consultas de primera visita de embarazo y hacer una valoración de la efectividad a principios del año 2020 (enero).

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 - 2019/0269

## 1. TÍTULO

## VIA CLINICA PARTO NORMAL

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA MARTIN TARIFA
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL
OTAL LOSPAUS SILVIA
SANCHEZ LOPEZ PILAR
BELLOC GARCIA MARIA JOSE
CARNICER CEBOLLADA MARTA
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO
MACHIN RICOL MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Lo primero que realizamos fue informar a todos los profesionales del servicio de obstetricia y ginecología de el proyecto de elaborar una vía de práctica clínica del parto normal, actualizada y multiprofesional.
Durante los siguientes meses, mediante reuniones de equipo de los miembros del proyecto, se elaboró, la vía clínica del parto normal de nuestro centro.
Posteriormente, tras los meses de verano, se dejó un periodo de sugerencias para que las compañeras pudieran realizar aportaciones.
Después el supervisor del área obstétrica revisó la vía clínica realizada y dio su visto bueno.
Por último se ha enviado la vía clínica a la jefa de servicio de obstetricia y ginecología. En estos momentos estamos a la espera de su respuesta.
El calendario se ha visto retrasado por el periodo de verano y por el último paso,ya que nos mantenemos a la espera de aprobación por parte de la jefa de servicio y poder implantarlo en nuestra unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De momento únicamente hemos podido medir el indicador de si los profesionales estaban de acuerdo con elaborar una vía clínica del parto normal. Lo obtuvimos preguntando directamente a las compañeras en las reuniones del borrador. El 100% de las compañeras se ha mostrado conforme con el proyecto y bastantes de ellas han indicado que era además necesario.
El otro indicador pendiente de medir es la satisfacción de los profesionales una vez implatada la vía clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hasta ahora el equipo de mejora ha funcionado bien. Nos queda pendiente la última fase, que es la de la implantación de la vía clínica, la cual está previsto realizar próximamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/269 ========== ***

Nº de registro: 0269

Título
VIA CLINICA PARTO NORMAL

Autores:
MARTIN TARIFA LAURA, LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, OTAL LOSPAUS SILVIA, SANCHEZ LOPEZ PILAR, BELLOC GARCIA MARIA JOSE, CARNICER CEBOLLADA MARTA, DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, MACHIN RICOL MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0269

## 1. TÍTULO

### VIA CLINICA PARTO NORMAL

PROBLEMA
En el año 2007, se puso en marcha la estrategia al parto normal, acordada por el Consejo Interterritorial del SNS. A partir de dicha estrategia surgió la " Guía de práctica clínica de atención al parto normal" en la que se elaboraron una serie de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible que conllevó a un cambio importante en la asistencia al parto en nuestro país. El parto, es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles que generalmente se articula entorno al bloque obstétrico. La atención al parto requiere un modelo de atención compartido entre obstetras, matronas, enfermeras y auxiliares de enfermería que desarrollen un trabajo en equipo y de colaboración. Con carácter general, la matrona atiende al parto que se mantenga dentro de los límites de la normalidad y requerirá la atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones.
Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención del obstetra en aquellas situaciones de riesgo y/o complicaciones.
Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia, que intentan reducir la variabilidad injustificada en práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. En la actualidad en nuestro centro no disponemos de una vía clínica de atención al parto normal, por ello, consideramos que su elaboración y posterior implantación, puede servir como medio para la consecución de buenas prácticas a todos los profesionales implicados en la asistencia a la mujer y el recién nacido, durante el parto y postparto.

RESULTADOS ESPERADOS
- Minimizar la variabilidad de la práctica clínica en la atención al parto normal en el servicio de obstetricia y ginecología de nuestro hospital.
- Identificar las actividades de los profesionales sanitarios y no sanitarios que atienden a las mujeres durante el proceso de parto y postparto.
- Elaborar una matriz temporal, con todas las actividades.

MÉTODO
- Información a todos los profesionales que participen en la atención al parto normal desde el ingreso de la gestante hasta el alta hospitalaria.
- Se elaborará un borrador de la vía clínica del parto normal, realizado por los profesionales que participan en el proyecto de calidad.
- Se dejará un tiempo para sugerencias y modificaciones del borrador.
- Se acordará la vía clínica definitiva con todos los miembros del proyecto.
- Se presentará también la vía clínica definitiva al coordinador de Obstetricia y Ginecología y los demás profesionales que intervienen en la atención al parto.
- Se implantará en la práctica asistencial.

INDICADORES
Encuesta de satisfacción de los profesionales con el uso de la vía clínica de atención al parto normal a los tres meses de su implantación.

DURACIÓN
- Desde Marzo hasta Junio de 2019, se procederá a la elaboración y aprobación de la vía clínica por parte del equipo encargado del proyecto de calidad.
- En julio de 2019, comenzará su implantación en el servicio de Obstetricia y Ginecología.
- En Octubre se recogerán las encuestas de satisfacción de los profesionales encargados de la asistencia al parto y postparto.
- Si los resultados de dichas encuestas, han sido favorables, se procederá a su implantación definitiva, a partir de Noviembre- Diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0296

## 1. TÍTULO

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTOY USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES**

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BELLOC GARCIA
· Profesión ..... TCAE
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO CASTAN CARMEN
VIVAS SEGURA CARMEN
LAVAL TURMO PILAR
GIMENEZ NAVASCUEZ ROSARIO
SANCHEZ LOPEZ PILAR
MAS FORTUÑO JOSE MARIA
PUIG COMAS NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Elaboración de una hoja informativa con las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.
Acogida y breve charla informativa al ingreso en cada paciente y acompañantes.

- Consensuar entre los miembros del equipo el contenido de la hoja informativa.
- Elaborar el modelo impreso.
- Decidir cómo difundirlo entre los usuarios visitas y acompañantes.
- Colocarlo en un lugar visible en todas las habitaciones de la planta de Obstetricia.
- Comunicar a todo el personal de la unidad la puesta en marcha del proyecto e incidir en informar brevemente en cada ingreso.
- Evaluar en reunión de equipo el grado de implementación y logro de objetivos del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha comprobado una mejor disposición a cumplir con las normas de convivencia y respeto en el uso adecuado de las instalaciones y servicios por parte de las usuarias, visitas y acompañantes.
El personal manifiesta las camas libres contiguas a la ocupada por las usuarias se mantiene limpias y disponibles para su uso.

Ha mejorado la actitud de las usuarias, visitas y acompañantes con respecto al cumplimiento de las normas de convivencia y el respeto en el uso adecuado de las instalaciones y servicios.
El personal considera que se han reducido las incidencias por las que se implementó este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se concluye que es necesario mantener este proyecto vigente por tiempo indefinido para continuar incidiendo en el cambio de hábitos en usuarias, visitas y acompañantes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/296 ========== ***

Nº de registro: 0296

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTO Y USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES

Autores:
BELLOC GARCIA MARIA JOSE, NAVARRO CASTAN CARMEN, VIVAS SEGURA CARMEN, LAVAL TURMO PILAR, GIMENEZ NAVASCUEZ ROSARIO, SANCHEZ LOPEZ PILAR, MAS FORTUÑO JOSE MARIA, PUIG COMAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0296

## 1. TÍTULO

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTOY USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES**

Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En ocasiones se ha detectado un mal uso de las camas libres y un desconocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.
En el Hospital San Jorge las habitaciones de la Unidad de Hospitalización de Obstetricia son dobles y siempre que la presión asistencial lo permite se intenta distribuir a las pacientes de forma individual, quedando una cama libre. Algunos acompañantes, en lugar de usar el sillón que tienen asignado, usan las camas destinadas a los ingresos para acostarse por las noches para dormir.
Desde hace tiempo los recién nacidos permanecen las 24 horas del día en las habitaciones con sus madres, y el hospital les proporciona los enseres necesarios para la higiene del bebé. La cama que queda libre suele utilizarse como cambiador, lo que ocasiona que se ensucien la colcha y las sábanas.
Por otra parte, las personas que vienen a visitar a la puérpera usan la cama libre para sentarse y depositar todo tipo de enseres.
Todo lo anteriormente descrito provoca que la cama o bien se manche o que no esté en condiciones para el uso cuando se precise para un ingreso. Esta situación causa un aumento innecesario de cargas de trabajo del personal de la planta, genera la necesidad de mayor dotación de ropa de cama y gasto en lavandería.
Este proyecto se considera necesario por las incidencias que se generan a causa de la mala utilización de las camas libres y, en general, por un desconocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las visitas y los acompañantes.
Aunque estas situaciones se presentan desde hace años, se ha considerado que podría ser útil elaborar una hoja informativa en la que se describan de forma clara unas recomendaciones básicas a seguir durante el ingreso hospitalario, para favorecer el buen uso de los recursos y armonizar la convivencia entre pacientes, acompañantes, visitas y personal de la planta de hospitalización, además de lograr tener las camas libres disponibles y en perfecto estado para cuando se requieran para un ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el grado de conocimiento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.

MÉTODO
Elaborar una hoja informativa con las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes.
El personal que acoge a la paciente al ingreso al acompañarla a la habitación mostrará la ubicación de la hoja informativa y explicará brevemente su contenido para conocimiento general.

INDICADORES
Se detecta el cumplimento de las normas de comportamiento y uso de los servicios e instalaciones por parte de las usuarias, las visitas y los acompañantes, ya que el personal comprueba que las camas libres están en perfecto estado y disminuye el uso de ropa de cama.

DURACIÓN
Se pretende reunir a los integrantes del proyecto de mejora para que aporten propuestas y elaborar un borrador de hoja informativa, en los dos meses siguientes a la presentación de este proyecto.
Una vez se disponga de la hoja informativa definitiva se dará a conocer a todo el personal de la planta y se procederá a colocar, en todas las habitaciones, en un lugar visible.
Se considera que la puesta en marcha de este proyecto será en mayo de 2019 y una vez implantado, de forma permanente, se reevaluará para su mejora con carácter anual.

OBSERVACIONES

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

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0296

## 1. TÍTULO

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE UNA HOJA INFORMATIVA CON NORMAS DE COMPORTAMIENTOY USO DE LOS SERVICIOS E INSTALACIONES PARA PACIENTES, VISITAS Y ACOMPAÑANTES**

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0301

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MORENO PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MACHIN RICOL MARIA PILAR
OBON CASTEL BEATRIZ
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
PEREZ RUIZ JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
TAL Y COMO SE INDICO EN LA PRESENTACION DEL PROYECTO EL PASADO AÑO 2019, DESDE EL AÑO 2008 NO EXISTE UN PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL A NIVEL DE NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA, POR EL CUAL TODOS LOS PROFESIONALES PODAMOS GUIARNOS Y TENGAMOS UNA MISMA PAUTA A LA HORA DE ACTUAR.
ES POR ESO QUE EN NUESTRO SERVICIO SE SEGUIA HASTA LA FECHA UN PROTOCOLO DESACTUALIZADO Y URGIA LA ELABORACION DE UNO NUEVO, EN EL QUE SE INCLUYERA UNA ACTUALIZACION DEL MANEJO CLINICO DE ESTE TIPO DE AGRESIONES.

EN LA ACTUALIDAD, ESTA EN MARCHA UN GRUPO DE TRABAJO EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA QUE ENGLOBA DISTINTAS ESPECIALIDADES MEDICAS, DESTINADO A ELABORAR UN PROTOCOLO POR EL CUAL GUIARNOS TODOS LOS PROFESIONALES DE ARAGON, NO SOLO GINECOLOGOS.

EN CUANTO A NUESTRO CENTRO, DESDE EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA SE HA CREADO UN PERFIL DE AGRESION SEXUAL, CON EL FIN DE DESCARTAR LAS ITS MAS FRECUENTES EN TODAS AQUELLAS MUJERES QUE HAN SUFRIDO UNA AGRESION Y POR TANTO PODRIAN VERSE AFECTADAS.
TAMBIEN EN NUESTRO CENTRO, DESDE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, Y APROVECHANDO LA REVISION DEL PROA (PROGRAMA DE OPTIMIZACION DE USO DE ANTIMICROBIANOS), SE REVISO EL USO DE ANTIRRETROVIRALES PROFILACTICOS, INDICADOS EN AQUELLOS CASOS DE POSIBLE CONTACTO CON VIH, COMO PUEDEN SER LAS MUJERES AGREDIDAS SEXUALMENTE.

Y EN NUESTRO SERVICIO (PERSONAL DE ENFERMERIA), SE REALIZO UNA REVISION DEL TIPO DE MUESTRAS BIOLOGICAS QUE DEBEN TOMARSE A LA PACIENTE QUE HA SUFRIDO UNA AGRESION SEXUAL, ELABORANDOSE UN KIT YA PREPARADO PARA SER USADO EN ESTOS CASOS, Y DEL QUE SE DISPONE EN LA ACTUALIDAD EN EL CUARTO DE EXPLORACION DE GINECOLOGIA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AUNQUE EL OBJETIVO PLANTEADO ERA LA ELABORACION DE UN PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL PARA EL SERVICIO DE GINECOLOGIA, FUNDAMENTALMENTE HACIENDO INCAPIE AL USO DE ANTIRRETROVIRALES ANTI-VIH, ESTE TODAVIA NO HA SIDO PRESENTADO. SIN EMBARGO SE ESTA TRABAJANDO EN SU ELABORACION, A LA ESPERA DE LA ACTUALIZACION POR PARTE DEL GRUPO DE TRABAJO DE NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA, ASI COMO A LA INCLUSION DE NUEVAS MEDIDAS O ACTUACIONES PLANTEADAS DESDE OTROS SERVICIOS EN RELACION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y EL DIAGNOSTICO DE ITS (INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL).

EN CUANTO A LOS INDICADORES, SE PLANTEABA TENER EN CUENTA EL PORCENTAJE DE PACIENTES AGREDIDAS SEXUALMENTE QUE HABIAN RECIBIDO TRATAMIENTO RETROVIRAL. EN EL 100% DE LOS CASOS HA SIDO OFRECIDO EL TRATAMIENTO TRAS LA EXPLORACION PERTINENTE DE LA PACIENTE, AUNQUE PUEDE SER QUE NO TODAS ELLAS LO HAYAN INICIADO O MANTENIDO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN NUESTRO CENTRO Y EN NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA, HAY PUESTOS EN MARCHA DISTINTOS GRUPOS QUE TRABAJAN EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS FRENTE A AGRESION SEXUAL, ASI COMO EN LA MEJORA DE LA PRACTICA CLINICA DIARIA (DIAGNOSTICO Y PREVENCION DE ITS). SIN EMBARGO, DEBEMOS CONTINUAR CON LA ELABORACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN NUESTRO SERVICIO, INCLUYENDO NUEVAS ACTUALIZACIONES Y EVIDENCIA CIENTIFICA, ASI COMO COLABORANDO CON OTROS SERVICIOS IMPLICADOS EN NUESTRO CENTRO.

7. OBSERVACIONES.
LA COORDINADORA DE PROYECTO ERA INICIALMENTE ROCIO DE ANDRES, RESIDENTE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, Y QUE ACTUALMENTE YA NO TRABAJA EN EL HOSPITAL, POR LO QUE PASA A COORDINAR EL PROYECTO RAQUEL MORENO PEREZ, ANTERIORMENTE COLABORADORA DEL MISMO.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/301 ========== ***

Nº de registro: 0301

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0301

## 1. TÍTULO

**ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO FRENTE A AGRESION SEXUAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Autores:
DE ANDRES GONZALEZ ROCIO, MACHIN RICOL MARIA PILAR, MORENO PEREZ RAQUEL, OBON CASTEL BEATRIZ, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, LAFALLA BERNAD OLIVIA, PEREZ RUIZ JAVIER, GASCON MAS ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Obstetricia y Ginecologia del Hospital San Jorge de Huesca hasta ahora seguiamos un protocolo frente a agresiones sexuales que se encontraba desactualizado.
Concretamente, la profilaxis post-exposicion frente al VIH se valoraba individualmente tras evaluar el riesgo de transmision.
Actualmente no existe un protocolo actualizado frente a agresion sexual en la Comunidad Autonoma de Aragon desde el año 2008.
Hoy en dia, se considera a todas las pacientes que han sufrido una agresion sexual, potencialemnte infectadas por VIH, por lo que se debera iniciar en todas ellas tratamiento farmacologico profilactico.
La evidencia cientifica ha demostrado que el riesgo de transmision de la infeccion por VIH disminuye con la admimistracion de medicamentos antirretrovirales profilacticos en victimas de agresion sexual, siempre que se inicien antes de las 72 horas.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es la actualizacion del protocolo frente a agresion sexual sumandonos al nuevo protocolo autonomico que va a realizarse en nuestra Comunidad en cuanto a profilaxis antiretroviral de VIH.

MÉTODO
Presentacion del nuevo protocolo al equipo de profesionales sanitarios que realizan atencion continuada en nuestro servicio.
Valoracion del grado de satisfaccion por parte de dichos profesionales sobre el protocolo.

INDICADORES
Numero de pacientes que han sufrido agresion sexual y han recibido profilaxis antirretroviral antes de 72 horas/Numero total de pacientes que han sufrido agresion sexual

DURACIÓN
El inicio de la elaboracion del protocolo se realizara en Mayo 2019.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0546

## 1. TÍTULO

### INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESÁREA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JARA ZABAU FERMOSELLE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFALLA BERNAD OLIVIA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
AGUSTIN OLIVA ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DE UN INFORME DE ALTA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) PARA LOS PROCESOS DE PARTO Y CESÁREAS, ADAPTADO A LA HCE. DICHO INFORME SE TRASLADÓ A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA QUE A SU VEZ FUE REMITIDO A LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS CENTRALES DEL SALUD Y EN CONCRETO A LAS PERSONAS RELACIONADAS CON LA INTEGRACIÓN DEL MISMO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
ESTAMOS PENDIENTES TODAVÍA DE LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS CENTRALES DEL SALUD Y DE SU INTEGRACIÓN EN LA HCE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
QUEDA PENDIENTE LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS INFORMÁTICOS CENTRALES DEL SALUD Y DE SU INTEGRACIÓN EN LA HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/546 ========== ***

Nº de registro: 0546

Título
INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESAREA UNIFICADO (GINECOLOGIA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA

Autores:
ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, PEREZ RUBIO LOURDES, RUS JODAR LUISA, AGUSTIN OLIVA ANDREA, ALVES BLANCO PAULA, BETRAN SERRATE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la nueva estructuración del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HSJ de Huesca en el que se han reconvertido las plazas de enfermeras generalistas en plazas de matrona, hemos creído conveniente realizar un nuevo informe de alta para las mujeres en proceso de parto y cesárea. Este nuevo informe será unificado aunando en uno solo el informe de alta de las matronas y el de ginecología, evitando duplicidad de documentos. Vemos además necesario el uso de la HCE (historia clínica electrónica) como medio de comunicación con las matronas de atención primaria, buscando la continuidad de cuidados de nuestras pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaboración de un nuevo informe de alta para los procesos de alta y cesárea.
Unificar informe de continuidad de cuidados (especializada-atención primaria) mediante la HCE.

MÉTODO
Se realizarán varias reuniones entre las personas designadas para el proyecto, tanto del equipo de matronas

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0546

## 1. TÍTULO

### INFORME DE ALTA DE PARTO Y CESÁREA UNIFICADO (GINECOLOGÍA Y MATRONAS) INTEGRADO EN LA HCE DEL HSJ HUESCA

como de ginecología para unificar criterios y elaborar los diferentes apartados del informe de alta.
Se mandará el proyecto de informe de alta al servicio de informática para que valoren y lleven a cabo su inclusión en la HCE.
Se añadirán las escalas de valoración de lactancia materna (LATCH) y otra de valoración de la episiotomía (REEDA).
Se solicita la creación de dos nuevas pestañas en el apartado de "alta clínica", una de ellas será la "valoración por matrona" y hará referencia a "valoración de lactancia materna".
Una vez incorporado el nuevo informe en la HCE, se organizará una sesión para poner en conocimiento del servicio el nuevo informe y se darán instrucciones para su cumplimentación.
Nos pondremos en contacto con las matronas de atención primaria para darles a conocer este nuevo informe y su ubicación.

INDICADORES
El 80% de los informes de alta consten en la HCE.
Se consiga la creación de las nuevas pestañas en el informe.
Mantener el feed-back con las matronas de AP para corroborar la recepción y utilidad del nuevo informe.

DURACIÓN
Se llevará a cabo a lo largo del año 2019.
En el primer trimestre se ha elaborado el nuevo informe y se ha remitido al servicio de informática para incorporarlo a la HCE. Tan pronto como esté disponible, se procederá a testarlo por si fueran necesarias modificaciones antes de su uso generalizado.

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 - 2019/0770

## 1. TÍTULO

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO**

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ALLER CONDE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTANA ESPEJO EMILIA
MARTIN TARIFA LAURA
PEREZ RUBIO LOURDES
JIMENEZ BLANCO COVADONGA
ABIO ALBERO SONIA
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
ARIZON ARPAL BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En Febrero de 2019 se estableció el grupo de trabajo y las funciones de cada miembro y formalizamos un método de comunicación entre el grupo a través correo electrónico.
Elaboramos una nueva hoja de valoración del recién nacido con la idea que permaneciera en la cuna del recién nacido en cohabitación con la madre ingresada tras el parto y nacimiento, en la que se recogían diferentes parámetros para el control del bienestar del bebé y de la evolución del RN.
El 13 de Mayo en reunión del equipo del proyecto, se modifica la hoja ajustándola a la ley de protección de datos y eliminando datos que pudiesen comprometer la privacidad de los datos que en ella se recogían. Así se establece una nueva hoja de recogida de datos que permanecería en la cuna del recién nacido y en la que se recogen datos a cumplimentar tanto por personal de Nidos como de Obstetricia. Por otro lado se propone otra vía de actuación que consiste en reuniones diarias entre los profesionales (obstetricia-nidos) en el turno de día para intercambiar información del curso del estado de madre y bebé y establecer las actuaciones y las actividades para mejorar o apoyar la alimentación del bebé y ayudar a la madre. Llevado al consenso este formulario y la propuesta de reuniones diarias, se decide establecer una reunión conjunta entre servicio de Pediatría-Nidos y Obstetricia-Paritorio para informar de las propuestas y abrir un diálogo para mejorar en este aspecto.
El 20 Junio acontece la reunión con ambos servicios desestimando mediante votación la hoja de recogida de datos y se acuerda las reuniones diarias entre servicios. Se comunica a todo el personal de Pediatría-Nidos a través de la Supervisora de ambos servicios.
Se acuerda en el equipo del proyecto nueva reunión tras el periodo vacacional como tiempo de prueba para nueva valoración de la medida.
El 29 Octubre nos reunimos el equipo del proyecto para hacer una valoración del cumplimiento de la medida y de la evolución del proyecto.
En Diciembre de 2019 se decide dar por finalizado el proyecto ya que el fin principal del mismo no se lleva a cabo aunque se han alcanzado otras medidas para la mejora asistencial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto, en su origen, pretendía establecer una nueva hoja de recogida de datos sobre la evolución del recién nacido (RN) que pusiera en contacto los servicios de obstetricia (matronas en este caso) y pediatría (enfermeras del servicio de nidos) y a través de la cual se pudieran encaminar cuidados conjuntos, sobre todo en el apoyo a la lactancia materna.
En el desarrollo del proyecto hemos encontrado que las dificultades halladas hasta la fecha no se originaban en la recogida de datos, que ya se estaba realizando en la historia del recién nacido, sino en la falta de comunicación entre el personal de nidos y obstetricia y en la toma de decisiones conjunta.
Por todo ello, en consenso, se han establecido hilos de comunicación entre ambos servicios. Se ha instaurado un encuentro mínimo diario tras el pase de planta de pediatría entre enfermería de nidos y matrona de planta que sucederá en sala de nidos o en planta obstétrica para intercambiar la información que cada profesional haya recogido en el cambio de turno, pase de planta, propia información obtenida de la evolución de la lactancia materna y estado del RN…
En la actualidad estos encuentros se están desarrollando con buenos resultados. Se ha mejorado en :

- El consenso de los cuidados hacia la madre y el bebé,
- La colaboración entre ambos servicios
- La puesta en común de objetivos en lactancia materna
- Mejora en la recogida de datos por parte del personal
- Más implicación con las pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En base a los objetivos marcados por este proyecto, las actividades encaminadas a su consecución han sido satisfactorias. El establecimiento de vías de comunicación entre servicios ha supuesto un paso importante en el nuevo enclave asistencial que se está viviendo en nuestro hospital con la reconversión de plazas de enfermería generalistas a enfermería especializada.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0770

## 1. TÍTULO

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO**

En la actualidad, dos servicios de nuestro hospital se encaminan al bienestar y el apoyo a la alimentación del recién nacido además de sus funciones propias.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/770 ========== ***

Nº de registro: 0770

Título
ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO

Autores:
ALLER CONDE MARIA, RUIZ OLLES ROSA MARIA, SANTANA ESPEJO EMILIA, MARTIN TARIFA LAURA, PEREZ RUBIO LOURDES, JIMENEZ BLANCO MARIA COVADONGA, ABIO ALBERO SONIA, SANZ DE MIGUEL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Otros desórdenes del periodo perinatal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mayor parte de las mujeres manifiestan el deseo de amamantar a sus hijas/os. A pesar de ello, las tasas de lactancia materna están en niveles más bajos de los recomendados por la OMS. El apoyo a la lactancia materna durante la estancia hospitalaria, es fundamental para que, aquellas madres que lo deseen, puedan continuar con la lactancia materna al alta hospitalaria.
Un ítem muy importante para el correcto establecimiento y evolución de la lactancia materna es la observación y corrección de los problemas detectados en las tomas que realiza el recién nacido durante la estancia hospitalaria. Al menos en una ocasión durante la estancia hospitalaria, los profesionales sanitarios deberían utilizar una herramienta estandarizada de observación de la toma que ofrezca criterios objetivos de valoración.
En la actualidad, los equipos que atienden a las puérperas y sus recién nacidos en el medio hospitalario son multidisciplinares y se hace imposible el seguimiento y la valoración del recién nacido y del establecimiento de la lactancia materna siempre por la misma persona en todas las ocasiones. Por ello, el establecer en las dinámicas asistenciales, herramientas estandarizadas y basadas en escalas validadas nos ayudará a establecer: criterios comunes de valoración, comunicación más fluida entre profesionales, trabajo en equipo y mejoras en la asistencia, en la evolución del bebé y en la satisfacción materna.
Conocer si el lactante se alimenta adecuadamente es prioritario tanto para la madre como para los profesionales. Por ello, es necesario disponer de criterios objetivos que nos indiquen un buen inicio y una adecuada instauración de la lactancia y nos permitan detectar cualquier alteración o situación de riesgo para establecer acciones comunes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Ofrecer un apoyo asistencial a la lactancia materna multidisciplinar, con criterios unificados y sin duplicidad de información.
- Diseñar y establecer una hoja para el seguimiento de la lactancia materna,
- Desarrollar actividades de apoyo y asesoramiento realizadas a las mujeres puérperas atendidas en nuestro hospital.

MÉTODO
- Recopilación de hojas de valoración de otros centros hospitalarios de nuestra Comunidad Autónoma y de otras.
- Reuniones con equipo de trabajo para unificar criterios y establecer plan de acción . Mínimo 2
- Se realizará un a reunión informativa para todo el equipo asistencial de información de cumplimentación y

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0770

## 1. TÍTULO

**ELABORACION Y PUESTA EN MARCHA DE LA NUEVA HOJA DE VALORACION DE LACTANCIA MATERNA Y RECOGIDA DE DATOS SOBRE ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO DURANTE SU INGRESO TRAS NACIMIENTO**

seguimiento.

INDICADORES
- Encuesta de satisfacción a los profesionales sanitarios que atienden en el postparto sobre la implantación de la hoja de valoración de lactancia a los dos meses de su implantación.
- Encuesta de satisfacción a las mujeres puérperas sobre el apoyo a la lactancia materna recibido durante la estancia hospitalaria Noviembre -Diciembre de 2019.

DURACIÓN
- Durante los meses de Marzo y Abril se elaborará el borrador de la hoja de valoración de lactancia.
- Una vez acordado el borrador por los miembros del equipo de mejora, comenzará su implantación en planta.
- Tras 2 meses de su implantación, se recogerá una encuesta a los profesionales implicados en el apoyo a la lactancia materna durante el postparto, para evaluar la aceptación de la misma así como posibles mejoras.
- Al finalizar el año, se elaborará una recogida de datos de tasa de lactancia materna exclusiva al alta y causas de suplementación y datos sobre la satisfacción materna al alta en cuanto a información y apoyo a lactancia materna.

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 - 2019/0813

## 1. TÍTULO

**EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE**

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA ABAD RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAFALLA BERNAD OLIVIA
RAVENTOS TATO RUT
PEREZ RUIZ JAVIER
TAJADA CEPERO PILAR DARIA
VELA LETE ANA MARIA
TEJERO CABREJAS EVA LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-A lo largo del año 2019 se ha intentado instruir al servicio para la selección de cada vez, mayor número de pacientes susceptibles de realización de histerectomía vía laparoscópica e histerectomía vaginal asistida por laparoscopia.
- Se ha realizado una base de datos en Excel en la que se han recogido los datos más relevantes a estudio: edad de la paciente, indicación, tipo de cirugía realizada, tiempo quirúrgico, descenso de la hemoglobina post-cirugía, días de ingreso hospitalario y complicaciones acaecidas.
- Las ginecólogas al cargo de este tipo de intervenciones han asistido a una media de 2 cursos relacionados con esta materia a lo largo del año que se analiza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En total se han realizado 16 histerectomías laparoscópicas y 1 histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. Son 3 las ginecólogas que han actuado como cirujanas principales en este tipo de intervenciones, la Dra. Raventós que ha realizado un total de 8 (47%), la Dra. Abad que ha realizado 5 intervenciones (29,4%) y la Dra. Lafalla responsable de 4 de estas intervenciones (23, 5%).
Entre las indicaciones, la más habitual ha sido la indicación por causa oncológica (41,1%) y como profilaxis o prevención de cáncer (41,1%), el resto de indicaciones suponen el 17,6 % e incluyen útero miomatoso, dolor pélvico crónico y prolapso genital asociado a quiste anexial.
La edad media de las pacientes intervenidas ha sido de 57,1 años, siendo la paciente más joven sometida a este tipo de intervención de 33 años y la más mayor de 84 años.
El tiempo quirúrgico ha sido muy variable, siendo la media de 176,7 minutos por intervención. La más rápida se realizó en 135 minutos y la más lenta en 270 minutos. La cifra varía también en función del cirujano principal. La Dra. Raventós, tardó una media de 170 minutos por intervención, siendo su cirugía más corta de 140 minutos y la más larga de 210 minutos. La Dra. Abad, por su parte, tardó una media de 187 minutos por intervención, siendo su cirugía más corta de 135 minutos y la más larga de 270 minutos. Y por último la Dra. Lafalla tardó una media de 182,5 minutos por intervención, siendo su cirugía más corta de 150 minutos y la más larga de 220 minutos
El descenso medio de hemoglobina en estas intervenciones fue de 2 g/dl, no siendo necesario en ningún caso la transfusión de hemoderivados. La paciente con mayor pérdida sanguínea, experimentó un descenso de hemoglobina de 3,5 g/dl respecto al preoperatorio y la paciente con menor pérdida sanguínea un descenso de 0,3 g/dl de hemoglobina.
La estancia media post- quirúrgica fue de 3 días. La paciente con menor estancia estuvo exclusivamente 1 día ingresada y la paciente con una estancia hospitalaria mayor, estuvo 5 días en el hospital. Ninguna de nuestras pacientes solicitó el alta voluntaria.
Respecto a las complicaciones quirúrgicas, 4 de las intervenciones cursaron con algún tipo de complicación (un 23,5 % del total), pero ninguna de ellas se debió a problemas hemorrágicos (ni sangrado intra, ni post-quirúrgico), ni infecciosos. Las complicaciones fueron las siguientes: 2 reconversiones a laparotomía por dificultad en la técnica quirúrgica, una paciente presentó una fibrilación auricular previamente no diagnosticada durante la intervención y otra de ellas presentó una trombosis venosa superficial de extremidades inferiores diagnosticada 20 días después de la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La instauración de la histerectomía laparoscópica está siendo más lenta de lo esperable en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Jorge, de manera que en el año 2019 únicamente se ha logrado recolectar un total de 17 casos frente a los 35- 40 casos que inicialmente esperábamos seleccionar. Como consecuencia de ello está resultando difícil mantener la curva de aprendizaje y objetivar grandes mejoras de esta técnica respecto a la cirugía tradicional laparotómica.
Se ha observado que todavía la tasa de complicaciones es de en torno el 23 % por lo debe hacerse un gran esfuerzo por intentar reducirla al máximo.
Respecto a la estancia hospitalaria, sólo hemos logrado reducir en 1 día la estancia hospitalaria, por lo que en este aspecto también deberíamos mejorar y sobre todo establecer un protocolo claro de manejo

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0813

## 1. TÍTULO

**EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE**

postquirúrgico estandarizado entre todos los profesionales del servicio.
Respecto al tiempo quirúrgico empleado, pese a que lo esperable es incrementar la duración de la cirugía con la técnica laparoscópica, todavía nos encontramos muy por detrás de los tiempos utilizados por otros equipos de ginecólogos, por lo que resulta imprescindible mantener una adecuada formación continuada con simuladores y conseguir anualmente un número de casos seleccionados para estas intervenciones que nos ayuden a mejorar estos tiempos.
Por último, destacar que un fallo importante de nuestro proyecto de mejora ha sido no tener en cuenta la valoración subjetiva de recuperación y bienestar post-cirugía de las mujeres intervenidas, por lo que no podemos llegar a conclusiones en este sentido
De cara al futuro, los objetivos más urgentes a lograr son:
- Incrementar el número de pacientes con indicación de histerectomía laparoscópica a costa de ir disminuyendo progresivamente la histerectomía laparotómica y reservarla únicamente para algunos casos en los que la laparoscopia esté contraindicada.
- Protocolizar el manejo post-quirúrgico de las pacientes sometidas a histerectomía laparoscópica para lograr un alta lo más precoz posible.
- Elaborar escalas de satisfacción post-cirugía para valorar la opinión de las mujeres intervenidas.
- Continuar con el análisis de las histerectomías laparoscópicas realizadas en el servicio como método de control de calidad que nos permita detectar errores y corregirlos de la mejor manera posible.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/813 ========== ***

Nº de registro: 0813

Título
EVALUACION DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA Y LA HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ABAD RUBIO CRISTINA, LAFALLA BERNAD OLIVIA, RAVENTOS TATO RUT, PEREZ RUIZ JAVIER, TAJADA CEPERO PILAR DARIA, VELA LETE ANA MARIA, TEJERO CABREJAS EVA LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cirugía por vía laparoscópica ha demostrado una mejor recuperación, menor pérdida de sangre durante la cirugía y necesidad de una estancia hospitalaria más corta. Progresivamente, se ha ido incorporando en los servicios de ginecología de toda España por todos los beneficios que aporta, pero sin embargo, resulta técnicamente más compleja y se suele relacionar con tiempos quirúrgicos mayores, que se reducen a medida que mejora la experiencia del operador.
En el Servicio de Ginecología del Hospital San Jorge hasta hace unos años la cirugía laparoscópica estaba reservada para casos sencillos (anexectomías, quistectomías, salpinguectomías, ligaduras tubárica y cirugía del embarazo ectópico), sobre todo debido a la limitación técnica, al no disponer de una torre de laparoscopia que nos permitiese una visión óptima de la cavidad abdominal que posibilitase trabajar con seguridad.
Desde la adquisición de una nueva torre de laparoscopia para el Servicio de Ginecología en el año 2016 que nos permitió superar las limitaciones técnicas previamente mencionadas, se han ido incluyendo procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad por vía laparoscópica, para poder brindar a nuestras pacientes todas las ventajas que supone esta vía de abordaje quirúrgico.

RESULTADOS ESPERADOS
Con el Proyecto Actual se pretende evaluar la curva de aprendizaje de los diferentes miembros del Servicio de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0813

## 1. TÍTULO

### EVALUACIÓN DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA HISTERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y LA HISTERECTOMÍA VAGINAL ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Ginecología en la realización de histerectomías vía laparoscópica e histerectomías vaginales asistidas por laparoscopia en base a una serie de indicadores, posteriormente descritos y detectar las debilidades del proceso de aprendizaje para mejorarlas y proporcionar así una asistencia óptima a nuestras pacientes.
La población diana son las mujeres que por diferentes causas entren en lista de espera quirúrgica para la realización de una histerectomía y que cumplan los criterios necesarios para poder proceder a un abordaje laparoscópico (no contraindicación anestésica, no cirugías abdominales previas laparotómicas, úteros y anejos cuyo tamaño permita extracción de la pieza por vía vaginal). Se estima que podrían reclutarse aproximadamente unas 25 mujeres de estas características en el periodo de un año.

MÉTODO
- Estudio conjunto de la historia clínica de las pacientes intervenidas la semana previa a la cirugía por parte de los 2 cirujanos al cargo de la intervención.
- Recogida en base de datos Excel de los indicadores a evaluar.
- Análisis y elaboración de un documento con los datos recogidos en dicha base de datos y presentación de los resultados en sesión clínica del servicio de obstetricia y ginecología.
- Elaboración de una encuesta de satisfacción para las pacientes sometidas a las intervenciones a estudio.
- Fomento de la participación en cursos orientados a mejorar las habilidades en cirugía laparoscópica.

INDICADORES
Los indicadores que se evaluarán, se clasificarán según cirujano principal y tipo de intervención (histerectomía vía laparoscópica o histerectomía vaginal asistida por laparoscopia) y serán:
- Tiempo quirúrgico empleado
- Tiempo de estancia hospitalaria
- Complicaciones:
- Hemorragia o hemoperitoneo.
- Infección.
- Lesión de órganos vecinos.
- Necesidad de reconversión a laparotomía

En la consulta de revisión postoperatoria se entregará una encuesta de satisfacción a la paciente intervenida, que se valorará de forma conjunta con los indicadores descritos.

DURACIÓN
- En Marzo de 2019 se diseñará la encuesta de satisfacción postquirúrgica y la base de datos.
- A partir de Abril de 2019 y hasta Abril de 2020, se recopilarán los datos procedentes de las intervenciones quirúrgicas realizadas y se proporcionarán las encuestas de satisfacción a las pacientes intervenidas.
- En Mayo de 2020 se realizará análisis de los datos obtenidos y presentación de informe en sesión clínica del servicio de obstetricia y ginecología.

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 - 2019/0802

## 1. TÍTULO

## COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

Fecha de entrada: 01/02/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE LUIS LALIENA SANTAMARIA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER MACHIN JAVIER
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
ARA GABARRE MIRIAN
FERNANDEZ QUISTE RAMON HUMBERTO
GUTIERREZ RUIZ FERNANDO
ESCAR HERNANDEZ YOLANDA
BUISAC LACAMBRA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido:
-Búsqueda bibliográfica relacionada y guías de práctica clínica actualizada (Catarata en el paciente adulto).
-Elaboración de una base de datos en formato excel para anotar los datos.
-Elaboración de una tabla en formato word que recoge las preguntas de la encuesta telefónica que se realiza a la semana de la intervención: ¿ha tenido náuseas?, ¿ha tenido vómitos?, ¿ha tenido dolor?, ¿ha tenido fiebre?, ¿ha sangrado o manchado el apósito?, ¿ha tenido algún problema en la zona de la herida?, ¿ha tenido que ser ingresado? (y en su caso ¿ por qué?), ¿ha tenido que acudir a Urgencias? (y en su caso ¿por qué?), ¿ha notado pérdida de visión en estos últimos días?, ¿tiene el ojo más rojo en estos últimos días?, ¿tiene legañas?, ¿entiende bien cómo debe ponerse las gotas?.
-Comunicación del plan a todos los facultativos del Servicio, al personal de enfermería y auxiliar de la sala de cirugía mayor ambulatoria (CMA) del bloque quirúrgico del HSJ y al Servicio de citaciones.
-Desde la sala de CMA, enfermería y/o auxiliar llevan a cabo las encuestas a la semana de la cirugía.
-Las contestaciones se recogen en hojas de papel personalizadas para cada paciente.
-Los resultados se anotan en base excel con periodicidad semanal.
-El Servicio de citaciones cita a los pacientes que lo requieran al día siguiente para ser explorados.

No se han precisado recursos adicionales para iniciar el programa.

El programa comenzó el 1-4-19 y ha terminado el 20-1-20, como estaba previsto inicialmente.

Hasta el 1-10-19 todos los pacientes incluidos en el programa contestaron a las preguntas de la encuesta. A partir de esa fecha y hasta la finalización del proyecto también se incluyeron pacientes intervenidos en actividad de tarde (peonada) que al no pasar por la sala de CMA habitual no fueron registrados. Sin embargo, si la cirugía fue sin complicaciones y en la revisión del día siguiente no había hallazgos que sugirieran otra conducta, también se incluyeron en el programa. Es importante insistir en que en todos los casos los pacientes son advertidos por escrito (en su informe de alta) que si en cualquier momento del postoperatorio presentan dolor, legaña y/o disminución de la agudeza visual recuperada, deben acudir por Urgencias.

Se estimó incluir unos 15 pacientes al mes, en total unos 150 pacientes en los 10 meses de duración del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Las doce preguntas están pensadas para que puedan contestarse con un sí o un no. Cualquier pregunta contestada afirmativamente supondrá dar una cita al paciente para explorarlo en 24 horas como máximo. Dicho de otro modo, solo se planteará no revisar hasta el mes si todas las preguntas son contestadas de forma negativa y en la primera revisión (a las 24 horas de la cirugía) no hubo hallazgos que motivasen dar directamente una segunda cita.

-Número de pacientes incluidos en el programa: 116, que supone un 11,6% de las cirugías de la catarata en ese período.
-Número de pacientes que han precisado ser citados en consulta tras la encuesta telefónica de la semana: 2.
-En caso de ser citados, tipo de preguntas que se contestaron afirmativamente (y que motivaron la citación): un caso contestó afirmativamente a la pregunta ¿tiene el ojo más rojo en estos últimos días?, y otro caso contestó afirmativamente cuando se le preguntó ¿tiene legañas?.
-Número de consultas físicas ahorradas en Consultas Externas en el período del proyecto: 114.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se trata de una experiencia piloto en nuestro Servicio, por lo que no se consideró incluir de entrada a todos los pacientes en el programa.
La experiencia ha sido positiva y no se han reportado casos con mala evolución en aquellos seleccionados para el programa. En cualquier caso, todos los pacientes son advertidos por escrito (en su informe de alta) que si

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0802

## 1. TÍTULO

## COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

en cualquier momento del postoperatorio presentan dolor, legaña y/o disminución de la agudeza visual recuperada, deben acudir por
Urgencias.
Desde el punto de vista organizativo supone un potencial ahorro del número de consultas notable, teniendo en cuenta el número elevado de cirugías de catarata (procedimiento quirúrgico más frecuente en Oftalmología), manteniendo estándares de calidad y seguridad.
Para los pacientes ha supuesto menos desplazamientos, importante sobre todo si tenemos en cuenta que bastantes no viven en la ciudad. Indirectamente se ahorran también ausencias justificadas al trabajo de familiares que deben acompañarlos, ya que la mayoría son personas mayores que no pueden acudir solos.
En el futuro seguiremos aplicando esta fórmula en el seguimiento de los pacientes intervenidos de catarata si el caso es favorable, y se ampliará el número de pacientes que se beneficien del plan. No pensamos aplicarlo a otros procedimientos quirúrgicos de glaucoma y/o retina.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/802 ========== ***

Nº de registro: 0802

Título
COORDINACION ENTRE OFTALMOLOGIA Y ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGIA DE LA CATARATA

Autores:
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, SOLER MACHIN JAVIER, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, ARA GABARRE MIRIAN, FERNANDEZ QUISPE RAMON HUMBERTO, GUTIERRREZ RUIZ FERNANDO, ESCAR HERNANDEZ YOLANDA, BUISAC LACAMBRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la cirugía de la catarata el paciente es revisado habitualmente al día siguiente, a la semana y al mes de la intervención, salvo que otras circunstancias adicionales indiquen la necesidad de otras consultas. La Unidad de CMA, por su parte, realiza a todos los pacientes intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) una encuesta telefónica postintervención a las 24 horas y otra a los 7 días. La idea del proyecto es aprovechar la información obtenida en la segunda encuesta y, en pacientes seleccionados, no revisar al paciente hasta el mes, siempre y cuando en la primera revisión ( a las 24 horas de la cirugía) no existan hallazgos que sugieran otra actitud.
En cualquier caso, todos los pacientes son advertidos por escrito (en su informe de alta) que si en cualquier momento del postoperatorio presentan dolor, legaña y/o disminución de la agudeza visual recuperada, deben acudir por Urgencias.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del proyecto es reducir el número de consultas físicas relacionadas con el procedimiento de la cirugía de la catarata (el más frecuente en la especialidad de Oftalmología), manteniendo estándares de calidad y seguridad. Por otro lado, el paciente también se ahorra desplazamientos, elemento a tener en cuenta ya que la mayoría de los pacientes son de edad avanzada y requieren ser acompañados por familiares.
La población diana son todos los pacientes que sean intervenidos de catarata en nuestro Servicio, independientemente de edad y/o sexo, en el período establecido.
Las intervenciones relacionadas con el proyecto las llevará a cabo la Unidad de CMA y el Servicio de Oftalmología.
El Servicio de Citaciones recibirá la orden de citar a los pacientes que lo requieran.

MÉTODO
Las acciones previstas en este proyecto son: búsqueda bibliográfica relacionada, elaboración de una base de datos en formato excell para recoger los resultados, reunión con la Unidad de CMA para resolver las preguntas

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0802

## 1. TÍTULO

### COORDINACIÓN ENTRE OFTALMOLOGÍA Y ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO DE LA CIRUGÍA DE LA CATARATA

que se harán a los pacientes, comunicar el proyecto al Servicio de Citaciones.
La encuesta telefónica de la semana recogerá los siguientes ítems: ¿ha tenido náuseas?, ¿ha tenido vómitos?, ¿ha tenido dolor?, ¿ha tenido fiebre?, ¿ha sangrado o manchado el apósito?, ¿ha tenido algún problema en la zona de la herida?, ¿ha tenido que ser ingresado? (y en su caso ¿ por qué?), ¿ha tenido que acudir a Urgencias? (y en su caso ¿por qué?). Las preguntas que se incluyen además para llevar a cabo el proyecto son: ¿ha notado pérdida de visión en estos últimos días?, ¿tiene el ojo más rojo en estos últimos días?, ¿tiene legañas?, ¿entiende bien cómo debe ponerse las gotas?.
Las doce preguntas están pensadas para que puedan contestarse con un sí o un no. Cualquier pregunta contestada afirmativamente supondrá dar una cita al paciente para explorarlo en 24 horas como máximo. Dicho de otro modo, solo se planteará no revisar hasta el mes si todas las preguntas son contestadas de forma negativa y en la primera revisión (a las 24 horas de la cirugía) no hubo hallazgos que motivasen dar directamente una segunda cita.
Se trata de una experiencia piloto en nuestro Servicio, por lo que no consideramos incluir de entrada a todos los pacientes en el programa. Se estima incluir unos 15 pacientes al mes, en total unos 150 pacientes en los 10 meses de duración del proyecto. En función de los resultados que se vayan obteniendo se podría plantear ampliar este número.

INDICADORES
Indicadores:
-Número de pacientes incluidos en el programa (porcentaje que supone del total de cirugías de catarata)
-Número de pacientes que han precisado ser citados en consulta tras la encuesta telefónica de la semana.
-En caso de ser citados, tipo de preguntas que se contestaron afirmativamente (y que motivaron la citación).
-Número de consultas físicas ahorradas en Consultas Externas.

DURACIÓN
En la segunda quincena de marzo de 2019 se realizará búsqueda bibliográfica relacionada, se coordinará con la Unidad de CMA las preguntas a realizar a los pacientes, se confeccionará una base de datos y se comunicará el proceso al Servicio de Citaciones. Estas acciones las realizará el responsable del proyecto.
A partir del 1 de abril de 2019 se implementará el programa en el Servicio. Se prevé una duración de 10 meses. Los resultados se estudiarán en febrero de 2020 y se hará la pertinente memoria.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

## 1. TÍTULO

## CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIRIAN ARA GABARRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS
JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA
SOLER MACHIN JAVIER
FERNANDEZ PEREZ SERGIO
DE LEON MONZON LUIS PEDRO
ESCAR HERNANDEZ YOLANDA
BUISAC LACAMBRA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Las actividades realizadas han sido:
-Búsqueda bibliográfica relacionada, si bien no hemos hallado artículos que contemplen actuaciones previas similares a la planteada en nuestro proyecto.
-Confección de documento en formato word (una tabla) donde existen casillas para marcar el consumo de los siguientes colirios y/o pomadas: fluoresceína, anestésico doble, lidocaína, pred-forte, dexametasona, tobradex, diclofenaco, fenilefrina 10%, tropicamida, ciclopléjico 1%, atropina 1%, pilocarpina, tobrex, oftacilox, vigamox, timoftol 0,50%, trusopt, iopimax, antiedema, pomada antiedema, pomada prednisona-neomicina, tobrex ungüento oftálmico, pomada aureomicina, methocel 2%. Las tablas se repartieron en 5 consultas (consultas externas del HSJ), en la consulta de Oftalmología del Hospital Provincial (ambulatorio) y en la sala de CMA del bloque quirúrgico del HSJ. Las tablas se recogieron cada mes. No se ha tenido en cuenta el consumo en Hospital de Jaca.
-Confección de una base de datos en formato excel para anotar resultados.
-Comunicación del plan a todos los miembros del Servicio: médicos, enfermería y personal auxiliar, para que se anote el consumo de colirios en cada consulta y en el bloque quirúrgico (en la sala de CMA).
-Recogida de datos de forma mensual (en lugar de semanal, como se planeó inicialmente).

No se ha desglosado consumo de colirios por consultas y por bloque quirúrgico, como se planeó inicialmente, por logística (pacientes intervenidos a los que se les suministran los colirios en consulta al día siguiente, en realidad su consumo habría que atribuirlo a quirófano en lugar de consulta; otro ejemplo cuando se ha aplicado el proyecto en el día a día: se apuntan colirios que han sido utilizados en otra consulta en otra hoja, si se "ha olvidado" de hacerlo en ese momento). Por motivos prácticos se ha hecho el cómputo global por tipo de colirios y en cada mes, pero no se ha desglosado por consultas o por actividad quirúrgica.

El proyecto comenzó el 1 de abril de 2019 y se recogieron datos hasta el 15 de enero de 2020, es decir, nueve meses y medio.

No se han precisado recursos materiales adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Número de colirios usados en total: 3076 unidades.
Desglosado por producto concreto: fluoresceína 497, anestésico doble 54, lidocaína 1, pred-forte 2, dexametasona 1, tobradex 832, diclofenaco 768, fenilefrina 10% 177, tropicamida 268, ciclopléjico 1% 82, atropina 1% 20, pilocarpina 4, tobrex 29, oftacilox 3, vigamox 7, timoftol 0,50% 0, trusopt 1, iopimax 10, antiedema 189, pomada antiedema 24, pomada prednisona-neomicina 79, tobrex ungüento oftálmico 17, pomada aureomicina 0, methocel 2% 11 (el número detrás de cada producto se refiere al número de unidades de cada uno).
-Número de colirios usados en área quirúrgica: 55% de los colirios utilizados.
-Número de colirios usados en consultas externas: 45% de los colirios utilizados.
Se dan porcentajes en estos dos últimos indicadores por motivos expuestos en párrafos anteriores ( no se desglosó consumo por consulta y área quirúrgica). Sin embargo, sumando las unidades de tobradex, diclofenaco y antiedema, los que más se han dado en área quirúrgica (por cirugía de catarata) se pueden aproximar notablemente los porcentajes a los ofrecidos en este proyecto.
-Distribución según grupos farmacológicos:
-anestésicos: 552 unidades.
-midriáticos: 547 unidades
-antibióticos: 56 unidades
-antiinflamatorios: 1682 unidades (se han incluido aquí tobradex y pomada de prednisona-neomicina, en lugar de hacerlo en el grupo de antibióticos)
-otros (que incluyen hipotensores, mióticos, antiedema y pomada antiedema, methocel): 239 unidades.

Solo entre dos productos, tobradex y diclofenaco (los que más usamos en el postoperatorio de la cirugía de la catarata, el procedimiento quirúrgico más frecuente), suponen 1600 unidades. es decir, el 52,01% del total en dicho período.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

## 1. TÍTULO

## CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

-Distribución de consumo total por meses:
-abril 394, mayo 435, junio 369, julio 194, agosto 119, septiembre 361, octubre 455, noviembre 410, diciembre 228, enero (hasta el 15-1-20) 111.
(el número detrás de cada mes se refiere al número de unidades totales consumidas en cada uno).
El mes de menor consumo fue agosto (119) y el de mayor consumo fue octubre (455).
La distribución de cada tipo de colirios en cada mes, que también se ha cuantificado, ha estado compensada en todos los meses, con porcentajes de consumo similares en cada uno de ellos, acorde con los porcentajes finales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Somos conscientes de que se trata de una aproximación al consumo real realizado y que no son cifras exactas, por el volumen de consultas diario principalmente (ha resultado más sencillo medirlo en bloque quirúrgico). Sin embargo, el trabajo realizado permite hacernos una idea clara del consumo de colirios / pomadas en nuestro Servicio. En todo caso, debemos insistir en que son cifras a la baja sin duda, es decir, el consumo real ha sido algo mayor.
Son cifras que deben ponerse en el contexto de la actividad realizada en un Servicio de tamaño mediano (6 consultas y 1 quirófano diario), con una plantilla de 8-9 oftalmólogos en el período del proyecto.
Nos ha parecido interesante observar estas cifras de consumo, que confirman cifras elevadas de gasto en este apartado (si bien no es objeto de este proyecto traducir las unidades en coste monetario).
Observamos que tobradex y diclofenaco, en nuestro centro, son los más solicitados, algo que puede importar de cara a tener el stock necesario para cubrir la demanda.
Otra utilidad potencial de este proyecto es conocer mejor a qué ritmo se consumen los colirios (recogida de datos mensuales) para gestionar de la mejor forma posible la compra a las diferentes casas comerciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/851 ========== ***

Nº de registro: 0851

Título
CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
ARA GABARRE MIRIAN, LALIENA SANTAMARIA JOSE LUIS, JIMENEZ LASANTA LAURA ROSALIA, SOLER MACHIN JAVIER, FERNANDEZ PEREZ SERGIO, DE LEON MONZON LUIS PEDRO, ESCAR HERNANDEZ YOLANDA, BUISAC LACAMBRA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la práctica clínica diaria oftalmológica se utilizan colirios para facilitar la exploración de la superficie corneal, toma de presión intraocular, exploración de fondo de ojo, etc. El consumo de todos los tipos de colirio en global es elevado, teniendo en cuenta el volumen de pacientes que se visita a diario y el número de consultas abierto. Los profesionales intuimos un consumo elevado, pero no hemos reparado en cuantificarlo con cierta precisión. Si bien los responsables del gasto conocen las cifras, nos ha parecido interesante observar este apartado.
También en quirófano se consumen colirios, tanto para preparar a los pacientes para las intervenciones como los que a menudo se dan al paciente en el postoperatorio inmediato.
Intentaremos aproximar el consumo de unidades de colirios en consultas y en área quirúrgica, ya que somos conscientes de la dificultad de hacer un recuento exacto. En definitiva solo tendremos en cuenta el consumo a nivel hospitalario en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge, obviando el gasto por recetas médicas u órdenes de dispensación.

RESULTADOS ESPERADOS

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0851

## 1. TÍTULO

## CONSUMO DE COLIRIOS EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Cuantificar el número de unidades de colirios utilizadas el nuestro Servicio, tanto en consultas externas como en área quirúrgica.
Distribución del consumo según grupos farmacológicos (colirios anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

Se vincula el proyecto a la práctica clínica diaria del Servicio de Oftalmología del Hospital San Jorge.

MÉTODO
Las actividades previstas son: búsqueda bibliográfica relacionada, confección de una base de datos en formato excel para recoger resultados, comunicación del plan a todos los miembros del Servicio: médicos, enfermería, personal auxiliar, para que se tenga en cuenta anotar el consumo en cada consulta y en bloque quirúrgico. Se plantea recoger los datos de forma semanal. No se precisan recursos materiales adicionales en este caso. No se prevé cambios en la oferta de servicios derivado del resultado del estudio. A priori se trata de conocer un dato más de nuestra actividad diaria en el que no solemos reparar los profesionales.

INDICADORES
Número de colirios usados en Consultas Externas
Número de colirios usados en área quirúrgica
Distribución según grupos farmacológicos (anestésicos, midriáticos, antibióticos, antiinflamatorios, otros)

DURACIÓN
El proyecto comenzará el 1 de abril de 2019. Se prolongará durante 10 meses. En febrero de 2020 se hará recuento definitivo y se presentarán resultados en la memoria pertinente. Cada uno de los componentes del equipo se ocupará de recoger los datos de consumo de la consulta en la que están habitualmente. El responsable del proyecto recogerá también los datos del consumo de colirios en área quirúrgica, además de confeccionar la base de datos del estudio.

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 - 2019/0353

## 1. TÍTULO

## CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JULIA MADANI PEREZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAVENTOS TATO RUT
ABAD RUBIO CRISTINA
QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER
FUERTES NEGRO BEGOÑA
GONZALEZ GAMBAU JORGE
CORRAL DELGADO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1.El 11 de Febrero de 2019 se constituye el Comité de Tumores Ginecológicos del Hospital San Jorge de Huesca. Formado por dos Ginecólogas (presidenta y secretaria), una Oncólogo Médico, una Oncólogo Radioterapeuta, dos Patólogos y un Radiólogo (vocales).

2.Se establece un plan de dos reuniones al mes con una frecuencia quincenal que se llevan a cabo los lunes a las 13:30 horas en el Aula del Servicio de Ginecología ( 2ª planta del Hospital San Jorge).

3.Desde Febrero 2019 se han valorado todos los nuevos casos de cáncer ginecológico diagnosticados en nuestro centro y se ha establecido un plan diagnóstico-terapéutico.

4.Desde Febrero 2019 se han valorado aquellas pacientes que una vez finalizado el tratamiento ( quirúrgico, quimioterapia, radioterapia o combinación) presentan algún tipo de complicación para establecer un plan diagnóstico-terapéutico y de seguimiento conjunto.

5. Se ha elaborado una base de datos (hoja de registro Excel) para recoger los casos comentados en el Comité.

6. Cada día del Comité se registran los miembros que asisten al mismo.

7. Para cada paciente comentada se refleja en la Historia Clínica la decisión adoptada por el Comité.

8.En Mayo 2019 se elaboró de manera conjunta por parte del Servicio de Oncología y Ginecología un Protocolo Asistencial para el Manejo Integral del Carcinoma de Cuello Uterino. Ratificado por el Comité de Tumores Ginecológicos y Aprobado por la Dirección del Centro en Junio 2019.

9. En Mayo 2019 se elaboró de manera conjunta por parte del Servicio de Oncología y Ginecología un Protocolo Asistencial para el Manejo Integral del Carcinoma de Endometrio. Ratificado por el Comité de Tumores Ginecológicos (Junio 2019) y Aprobado por la Dirección del Centro ( Septiembre 2019).

10. En Julio 2019 se elaboró de manera conjunta por parte del Servicio de Oncología, Ginecología y Anatomía Patológica un Protocolo Asistencial para el Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma de Ovario,Trompa y Peritoneal Primario. Ratificado por el Comité de Tumores Ginecológicos ( Agosto 2019) y Aprobado por la Dirección del Centro ( Septiembre 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. SESIONES EFECTUADAS POR MES : 1,82
Fórmula: Número total de sesiones efectuadas /Número total de meses = 20/11 =1,82
Fuente: Hoja de registro
Estándar: 2

2.CASOS VALORADOS POR MES : 6,81
Fórmula: Número total de casos valorados / Número total de meses=75/11=6,81
Fuente: Base de datos ( Excel)
Estándar: 6

3.PACIENTES DIFERENTES VALORADOS POR MES : 4,82
Fórmula: Número total de pacientes diferentes valorados / Número total de meses=53/11=4,82
Fuente: Base de datos ( Excel)
Estándar: 5

4. ÍNDICE DE ROTACIÓN: refleja el número de veces que un mismo paciente es evaluado en el comité: 1,41
Fórmula: Casos/Pacientes valorados =75/53=1,41
Fuente: Base de datos (Excel)

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0353

## 1. TÍTULO

## CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS

Estandar: 1,5

5. MIEMBROS ASISTENTES AL COMITÉ POR SESIÓN : 4,05
Fórmula: Número total de asistentes al Comité /Número total de sesiones =81/20=4,05
Fuente: Hoja de registro
Estándar: 4

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con las actividades realizadas a lo largo del año 2019 hemos cumplido los objetivos que nos marcamos con la puesta en marcha del Comité de Tumores Ginecológicos. Hemos establecido una mejor comunicación entre todas las especialidades implicadas en el manejo de tumores ginecológicos que nos ha permitido consensuar la toma de decisiones a lo largo del proceso diagnostico – terapéutico, además de establecer un plan de derivación más precoz y así acortar tiempos de demora. En definitiva mejorar la calidad asistencial de las pacientes.
El número de sesiones efectuadas por mes ha sido ligeramente menor al estándar ya que en los meses de verano realizamos una única sesión debido al menor número de casos a valorar en esas fechas y las vacaciones.
Nos ha quedado pendiente registrar también en la Historia Clínica Electrónica las decisiones del Comité. Está previsto comenzar a hacerlo en este nuevo año.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/353 ========== ***

Nº de registro: 0353

Título
CREACION DE UN COMITE MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLOGICOS

Autores:
MADANI PEREZ JULIA, RAVENTOS TATO RUT, ABAD RUBIO CRISTINA, QUEIPO GUTIERREZ FRANCISCO JAVIER, MARIGIL GOMEZ MIGUEL ANGEL, CORRAL DELGADO SARA, GONZALEZ GAMBAU JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La atención multidisciplinar es el sello de la atención oncológica de calidad y el elemento esencial es el Comité de Tumores.
Su finalidad primordial consiste en asegurar el diagnóstico completo y el tratamiento integrado para cada tipo de neoplasia lo que supone aplicar una metodología científica que evite la subjetividad del médico aislado.
Desde el punto de vista de gestión de recursos sanitarios el trabajo mediante Comité de Tumores proporciona un uso más económico y racional de aquellos. El trabajo simultáneo de los diferentes especialistas permite compartir el mismo tiempo médico para el conocimiento del caso y la toma de decisiones que conlleva.
Las diferentes combinaciones de los tratamientos quimioterápicos, radioterápicos y quirúrgicos son la base del tratamiento oncológico de muchas de las pacientes con neoplasias ginecológicas. Lo que conlleva que el manejo de los tumores ginecológicos sea complejo e implique la interacción de múltiples especialistas (ginecólogo, oncólogo, radioterapeuta, patólogo, radiólogo) a lo largo del proceso asistencial. Esto hace necesario el establecimiento de foros de evaluación, discusión y organización de los casos. Eso es justamente el Comité de Tumores.

RESULTADOS ESPERADOS
La puesta en marcha en nuestro centro de un Comité Multidisciplinar en Tumores Ginecológicos tiene como objetivos:
Mejorar la comunicación entre profesionales
Facilitar la planificación de tratamiento

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0353

## 1. TÍTULO

## CREACIÓN DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR EN TUMORES GINECOLÓGICOS

Mejorar la toma de decisiones
Establecer un plan estructurado de seguimiento
Reducir tiempos de demora
Alcanzar patrones de derivación precoces
Mejorar la exhaustividad del registro de tumores ginecológicos
Funcionar como grupo de mejora de calidad

MÉTODO
1.Convocar una sesión quincenal para valoración de todos los casos de tumores ginecológicos diagnosticados en nuestro centro.
2. Elaborar una base de datos que sirva como registro de todos los casos diagnosticados: tumores de ovario, endometrio y cuello uterino.
3. Reflejar en la Historia Clínica la decisión terapéutica adoptada.
4. Elaborar protocolos diagnóstico – terapéuticos para cada neoplasia ginecológica.

INDICADORES
1. SESIONES EFECTUADAS POR MES
Fórmula : Número de sesiones efectuadas cada mes /número total de meses
Fuente : Hoja de registro
Estándar : 2
2. CASOS VALORADOS POR MES
Fórmula : Número de casos valorados cada mes / número total de meses
Fuente : Base de datos
Estándar : 6
3. PACIENTES DIFERENTES VALORADOS POR MES
Fórmula : Número de pacientes diferentes valorados cada mes / número total de meses
Fuente : Base de datos
Estándar : 5
4. ÍNDICE DE ROTACIÓN: refleja el número de veces que un mismo paciente es evaluado en el Comité
Fórmula : Casos / pacientes valorados.
Fuente : Base de datos
Estándar : 1,5
5. MIEMBROS ASISTENTES AL COMITÉ POR SESIÓN
Fórmula : Número de asistentes al comité por sesión/ número total de sesiones
Fuente: Hoja de registro
Estándar: 4

DURACIÓN
1. En Enero 2019 constituir el Comité de Tumores formado por Oncología Médica, Ginecología, Radioterapia, Anatomía Patológica y Radiología.
2. Fijar periodicidad de las sesiones, hora y día de la semana.
3. En Febrero 2019 puesta en marcha del comité, fijando una sesión cada 15 días.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

## 1. TÍTULO

## MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA GASCON RUBIO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención.

La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

El objetivo del protecto es aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

Se implica a los profesionales de enfermería, que son quienes entregan la hoja informativa y la encuesta de satisfacción, desde septiembre de 2018. Y la supervisora de nuestra planta la que se encarga de que siempre haya hojas disponibles y se le entreguen a los pacientes al ingreso.

- Entrega de la hoja informativa al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A los 3 meses evaluamos los siguientes indicadores.
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa ( 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (100%)

Al año de implantación, evaluamos los siguientes indicadores:
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa ( 95%)
- % pacientes que consideran útil la información (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes encuentran útil la información aportada, con bastante grado de satisfacción, ya que les da seguridad al conocer su proceso durante el ingreso y donde acudir a pedir información si durante el pase de planta no ha podido estar el acompañante o surgen dudas después.
Los profesionales que integramos este equipo de mejora encontramos muy satisfactorio que los pacientes y sus familiares y acompañantes tengan la información que les aportamos, para que sepan como va a ser su proceso asistencial y a donde y en que momento acudir para información complementaria.
Evaluando la información que les aportamos, se ha ido mejorando la misma, y así hemos incluido alguna información complementaria sobre dónde solicitar la baja en caso de necesidad y cómo contactar con la trabajadora social en caso de necesidad.

7. OBSERVACIONES.
Desde el Servicio de ORL queremos cambiar a el responsable de este proyecto, ya que la compañera, M. Cristina Gascón Rubio, ya no pertenece al Servicio de ORL del H. San Jorge de Huesca, ahora trabaja en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza.
Querríamos que la responsable del proyecto ahora fuese Silvia Herrera Tolosana, FEA del HS Jorge (Huesca), con DNI 18048839A y correo electronico: silviaherrera_@hotmail.com. Gracias.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1568

## 1. TÍTULO

## MEJORA DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

*** ========== Resumen del proyecto 2018/1568 ========== ***

Nº de registro: 1568

Título
MEJORA DE LA INFORMACION AL PACIENTE INGRESADO EN ORL

Autores:
GASCON RUBIO MARIA CRISTINA, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los profesionales sanitarios asumimos que el paciente tiene toda la información clínica relevante referida a su proceso asistencial. A veces queda pendiente otro tipo de información complementaria que favorece la calidad percibida por el paciente con respecto a su ingreso hospitalario. No siempre el acompañante o persona responsable está presente en el pase de visita y de esta forma se indica cómo la puede recibir y quienes forman el equipo que va a realizar la atención.
La información acerca de su proceso es un punto débil en la mayoría de encuestas realizadas a usuarios de la sanidad pública.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la calidad percibida por los pacientes ingresados en el Servicio de ORL a través de la mejora de la información en fondo y forma que se les proporciona por parte del profesional sanitario.

MÉTODO
- Elaboración de una hoja informativa para los pacientes ingresados en ORL
- Entrega de la hoja al paciente al ingreso
- Encuesta de satisfacción:
- Se le ha entregado la hoja SI / NO
- Ha sido útil la información aportada SI /NO
- Grado de satisfacción: mucho / bastante/ indiferente / poco / nada

INDICADORES
- % de pacientes ingresados que reciben hoja informativa (>= 90%)
- % pacientes que consideran útil la información (>= 90%)

DURACIÓN
- Elaboración de la hoja: antes del 15 de septiembre
- Entrega hoja informativa y encuesta: desde 15 septiembre en adelante
-Análisis de resultados provisionales: a los 3 meses del inicio de las actividades

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1240

## 1. TÍTULO

## REVISIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ISABEL FONTANA CALVO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCOLAN GELOS ANGEL
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante los meses de mayo, junio y septiembre se celebraron cinco sesiones con el equipo de trabajo.
Tras una revisión de nuestra actuación en la planta de hospitalización para el cuidado del estoma traqueal y la bibliografía actualizada disponible, se discutieron especialmente dos puntos concretos:
• La instilación rutinaria de suero con mucolítico por el estoma de los pacientes traqueotomizados / laringectomizados en cada turno de enfermería, además de si hay demanda en este sentido por parte del paciente.
• La aspiración de las secreciones: indicación y técnica utilizada
La bibliografía mostró falta de evidencia respecto a la utilidad del uso de soluciones salinas instiladas por el traqueostoma antes de la aspiración para eliminar mayor cantidad de secreciones. Se sugiere utilizar mucolíticos y nebulizaciones.
En cuanto a la aspiración, esta se considera un procedimiento invasivo que se ha asociado a riesgo de hemorragia, infección, atelectasia, hipoxemia, inestabilidad cardiopulmonar, aumento de la presión intracraneal y lesiones de la mucosa traqueal. Debe realizarse en función de la evaluación del paciente respecto a la presencia de secreciones, la cantidad y viscosidad del moco, el rendimiento neurológico y muscular y la presencia de los reflejos de tos activos. No debe realizarse de forma rutinaria ya que el hacerlo según necesidad, se asocia con menos efectos adversos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha redactado un protocolo de cuidados del estoma traqueal dirigido al personal de enfermería de la planta de hospitalización.
Este protoloco se ha aplicado a todos los enfermos ingresados en la planta de hospitalización de otorrinolaringología portadores de un estoma traqueal (traqueotomía / laringectomía total) durante el periodo comprendido entre ocubre-2019 y enero-2020 (100%). (Fuente: Historia Clínica Electrónica – Servicio de Otorrinolaringología- Listado de pacientes ingresados).
Durante este mes de enero estaba previsto que se implantase el protocolo en el resto de plantas del hospital para su aplicación en enfermos portadores de estoma traqueal que están ingresados fuera del servicio de O.R.L. Dicha implantación aún no se ha completado. No obstante, se les han facilitado las instrucciones de cuidados cuando nos han informado del ingreso en otros servicios de un paciente traqueotomizado. (Dos casos en el mes de enero-2020. 100%)
Como se señalaba en el Proyecto, también se ha confeccionado un díptico con indicaciones para el cuidado domiciliario de los pacientes con estoma traqueal. Se ha hecho entrega del mismo, al alta hospitalario, a los pacientes ingresados en el Servicio de Otorrinolaringología (100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La elaboración, tanto del díptico como del protocolo, se basó en la revisión de la bibliografía actual existente. Esto supuso una muy positiva actualización de los conocimientos sobre el tema del equipo de mejora.
El hecho de contar con un protocolo de actuación ha tenido dos repercusiones importantes en el trabajo de enfermería:
• Por un lado, al proporcionar instrucciones concretas, ha facilitado la labor del personal, ya que gran parte del mismo rota con frecuencia por distintos servicios, y no está todo lo familiarizado que sería deseable con estos cuidados concretos.
• Además ha disminuido la variabilidad clínica al indicar un solo modo de actuación.
De esto se desprende que, ambos documentos, para ser eficaces, van a precisar actualizaciones periódicas, siendo éstas deseables con carácter anual o bianual.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1240 ========== ***

Nº de registro: 1240

Título

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1240

## 1. TÍTULO

## REVISIÓN DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL

REVISION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ESTOMA TRAQUEAL

Autores:
FONTANA CALVO MARIA ISABEL, ESCOLAN GELOS ANGEL, BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, GONZALEZ SANAGUSTIN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Portadores de estoma traqueal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cuidados de estomas traqueales es uno de los cuidados más habituales en las plantas de ORL de los hospitales. Tras realizar una revisión científica de la cuestión objetivamos necesidad de revisar nuestro protocolo con las nuevas indicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un cuidado del estoma traqueal de manera más científicamente correcta, evitando variabilidad en la práctica clínica, lo que implica una asistencia de mayor calidad a los pacientes que ingresan en el Servicio de Otorrinolaringología del H.S. Jorge de Huesca con traqueostomía, y por extensión a los pacientes portadores de estoma traqueal en el resto de servicios del mismo hospital, y por los que somos consultados el Servicio de ORL.

MÉTODO
Sesiones con los miembros del equipo para decidir las acciones a llevar a cabo.
Realizar un protocolo, con un documento escrito, para conocimiento del personal de la planta de ORL y ponerlo a prueba en dicho servicio.
Reevaluar, decidiendo aspectos a corregir del protocolo.
Crear un protocolo de acción
Realizar unos dípticos informativos para dar a los pacientes con estoma traqueal al alta.
Sesiones para hacerlo extensible al resto de Servicios del Hospital.

INDICADORES
- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo en la planta de ORL desde su ingreso (>90%)
- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo en el resto de plantas del HS Jorge (>90%)
- % pacientes a los que se les entrega el díptico informativo al alta. (>90%)

DURACIÓN
Inicio en Mayo de 2019 las reuniones y redacción de protocolo.
Evaluación e implantación entre septiembre y octubre.
Reevaluación en noviembre y realización del protocolo definitivo.
Extensión al resto de servicios entre diciembre y enero,

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 - 2019/1242

## 1. TÍTULO

## ACTUALIZACIÓN EN EL PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA Sº DE ORL- HSJ HUESCA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES BORI AIGUABELLA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCOLAN GELOS ANGEL
FONTANA CALVO MARIA ISABEL
ROMERO MAURA JOSE MIGUEL
HERRERA TOLOSANA SILVIA
HERRERO EGEA ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
A lo largo de los años la práctica clínica diaria va cambiando según las nuevas evidencias científicas disponibles. En los útimos meses ha sido revisada la entidad de la hipoacusia brusca por un comité de expertos de la Sociedad Española de ORL, lo que hace obligado cambiar nuestro protocolo con nuevas indicaciones a seguir.

Conseguir la unificación en la práctica clínica dentro del servicio de ORL del HS Jorge de Huesca, con sus prestaciones y características, que se aproxime lo más posible a las últimos estudios científicos y consideraciones del comité de expertos de la Sociedad Española de ORL

Elaboración de protocolo a seguir en el caso de hipoacusia brusca. Considerando los criterios de inclusión de pacientes y modo de actuación estableciendo el tratamiento en las diferentes particuliaridades.

Nos marcamos un calendario de revisión del protocolo, con inicio en mayo de las reuniones, implantación en septiembre, y revisión en noviembre para evaluar el protocolo en nuestro medio. El protocolo se ha implantado según lo previsto y se está realizando según la evidencia científica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos conseguido unificar actuaciones de la práctica clínica, con la mayor evidencia científica en este momento, con un protocolo a seguir en el caso de hipoacusia brusca, adaptado a nuestro medio.
Incluimos a los pacientes que cumplen los criterios de hipoacusia brusca y seguimos el protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La mejor atención a los pacientes al unificar criterios de tratamiento, evitando la variabilidad en la práctica clínica y saber en cada momento que pruebas y que tratamiento realizar con la mayor evidencia científica del momento actual.
Objetivos, que todos los pacientes con el diagnostico de hipoacusia brusca lleven el tratamiento del protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1242 ========== ***

Nº de registro: 1242

Título
PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA

Autores:
BORI AIGUABELLA MARIA ANGELES, ESCOLAN GELOS ANGEL, FONTANA CALVO MARIA ISABEL, ROMERO MAURA JOSE MIGUEL, HERRERA TOLOSANA SILVIA, HERRERO EGEA ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1242

## 1. TÍTULO

### ACTUALIZACIÓN EN EL PROTOCOLO DE HIPOACUSIA BRUSCA Sº DE ORL- HSJ HUESCA

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

PROBLEMA
La Hipoacusia brusca es una patología ORL, que puede derivar en una hipoacusia permanente grave como secuela, tiene un tratamiento no claramente definido y con diferentes vías.
Desde la Sociedad Española de Otorrinolaringología, se ha revisado el protocolo de actuación, dando unas recomendaciones a los especialistas.
Desde nuestro servicio queremos realizar una revisión científica de la cuestión y objetivamos necesidad de revisar nuestro protocolo con las nuevas indicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un protocolo propio de hipoacusia brusca adecuado a nuestro entorno y servicio, evitando la variabilidad en la práctica clínica, lo que implica una asistencia de mayor calidad a los pacientes con esta entidad.

MÉTODO
Sesiones con los miembros del equipo para revisar las recomendaciones y protocolo propuesto por la sociedad española de ORL para la hipoacusia brusca.
Realizar un protocolo propio de diagnostico, evaluación, reevaluación y tratamiento de la hipoacusia brusca, adaptada a nuetro sector.
Reevaluar, decidiendo aspectos a corregir del protocolo.

INDICADORES
- Registro de pacientes a los que se diagnostica de hipoacusia brusca.
- % de pacientes a los que se le aplica el protocolo hipoacusia brusca (>90%)

DURACIÓN
Inicio en Mayo de 2019 las reuniones y redacción de protocolo.
Evaluación e implantación entre septiembre y octubre.
Reevaluación en noviembre y realización del protocolo definitivo.

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 - 2018/0753

## 1. TÍTULO

### DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SONIA ABIO ALBERO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CONGOST MARIN SOFIA
LOPEZ UBEDA MARTA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
AZANZA MONTULL MAMEN
URZOLA CASTRO CARMEN
CASAJUS BETRAN CARMEN
SERAL SOLANES MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
De acuerdo con el planteamiento inicial, se estableció una consulta denominada “consulta de transición del adolescente con Diabetes Mellitus tipo 1”. El lugar elegido fue la consulta de Endocrinología de adultos. La agenda se estableció cada primer lunes de mes con fecha de inicio en diciembre de 2018. Debido al volumen inicial de pacientes, provenientes exclusivamente de la consulta de Endocrinología pediátrica del hospital, no ha sido necesario una consulta mensual. Las fechas en las que se ha desarrollado la consulta han sido: diciembre 2018, marzo, mayo, junio, agosto, octubre, diciembre de 2019. Actualmente ya hay programadas consultas para febrero y marzo de 2020. Los profesionales implicados principalmente han sido, la pediatra encargada del seguimiento de los niños y adolescentes con Diabetes ( Dra. S.Abió), la endocrinóloga de adultos ( Dra. J.Altemir) y la enfermera de dicha consulta ( MJ.Seral ).
Los criterios de inclusión de los pacientes han sido;
-control previo realizado en el Servicio de pediatría del Hospital San Jorge
- edad comprendida entre 14-18 años
- seguimiento posterior previsto en el Hospital San Jorge.
En la consulta de Diabetes pediátrica del Servicio de Pediatría del Hospital San Jorge, se controlan a día de hoy 21 pacientes. Han sido incluidos en el programa desde diciembre -2018 hasta el momento actual 4 pacientes. En los próximos dos meses, se van a incluir 2 más. Edades comprendidas entre 15-17 años al inicio de la consulta. Dos pacientes fueron excluidos del programa de transición por cambio en el lugar de residencia. Se ha realizado una media de 3 visitas por paciente, con carácter trimestral. Durante la consulta realizada de modo conjunto por los dos facultativos y la enfermera, se ha realizado un seguimiento clínico, antropometría, con revisión de las pautas respecto al tratamiento con insulina subcutánea, correcciones según las cifras de glucemias, alimentación y determinación de Hb glicosilada principalmente

Los pacientes han acudido acompañados de sus progenitores a las primeras consultas y progresivamente solos en las siguientes. De manera individual con cada paciente en la primera consulta el pediatra presenta e un resumen de la evolución de la diabetes desde el momento de su debut. En las siguientes consultas, se han ido combinado los diferentes matices en cuanto al enfoque pediátrico y al enfoque ya de un sujeto adulto por parte de ambos profesionales.
Para la valoración de esta iniciativa por parte de los pacientes se ha preparado una encuesta, para valorar más objetivamente su opinión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han cumplido satisfactoriamente los objetivos propuestos al inicio de este proyecto
EL objetivo principal de este proyecto es aumentar la calidad de la atención que reciben nuestros jóvenes pacientes con Diabetes. La adolescencia es un periodo con importantes cambios a nivel, físico, mental y social. El poder conocer a los profesionales que van a realizar el seguimiento en edades ya consideradas adultas, de la mano del pediatra que conoce ya perfectamente a cada paciente, aporta mayor seguridad en el seguimiento y control de la enfermedad. Se ha conseguido un traspaso progresivo a un nuevo especialista, que ha sido muy bien recibido por los pacientes. Se ha favorecido también el alcanzar una mayor responsabilidad de los pacientes en su auto cuidado, otro de los objetivos de esta consulta. La comunicación entre los profesionales implicados ha sido fluida, lo cual ha favorecido, la buena organización de las consultas y el buen desarrollo de las mismas.
Tanto los pacientes como sus progenitores han manifestado en el momento de la consulta una buena acogida por esta iniciativa. A través de la encuesta se podrá valorar de manera más objetiva, y se recogerán sugerencias de mejora manifestadas por los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En un hospital con estas características en cuanto a tamaño y número de pacientes atendidos, la posibilidad de cercanía entre los profesionales que trabajamos permite realizar estas consultas interdisciplinares que favorecen el seguimiento de los pacientes, mejor control y manejo de la enfermedad por parte de los adolescentes con diabetes además de enriquecer el aprendizaje de los profesionales implicados.
Esta consulta iniciada en diciembre de 2018, va a quedar ya instaurada como parte del proceso de seguimiento de los niños y adolescentes que debutan con Diabetes con el fin de mejorar la calidad en la asistencia que se

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

## 1. TÍTULO

## DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

les presta y siguiendo las recomendaciones de sociedades científicas como la ISPAD y la ADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2018/753 ========== ***

Nº de registro: 0753

Título
DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRIA. CONSULTA DE TRANSICION EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA DE ADULTOS

Autores:
ABIO ALBERO SONIA, CONGOST MARIN SOFIA, LOPEZ UBEDA MARTA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, AZANZA MONTULL CARMEN, URZOLA CASTRO CARMEN, CASAJUS BETRAN CARMEN, SERAL SOLANAS MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clinica
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus tipo 1 es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más prevalentes. Tiene una incidencia y prevalencia creciente en la infancia. Un adecuado control metabólico está influenciado, además de por una correcta educación diabetológica continuada tanto a los niños/ adolescentes como a sus padres, por un estrecho y cercano seguimiento por parte de los profesionales implicados. El periodo de intensos cambios de la adolescencia, con sus características propias, puede ser un momento de un empeoramiento en el control metabólico por parte del paciente. Tanto los adolescentes con diabetes como sus padres pueden percibir el paso al Servicio de Endocrinología de adultos, con un médico y una enfermera que todavía no conocen… como una ”interrupción” en su pauta de tratamiento previa, con un enfoque del paciente diferente. Existen estudios donde se constata un empeoramiento del control metabólico con posterior incremento del gasto sanitario.
Actualmente en nuestro servicio el traspaso a la unidad de adultos se hace dando de alta al paciente,con el correspondiente informe médico, derivando a la consulta de endocrinología mediante una hoja de consulta solicitando su seguimiento
Sociedades científicas como la ISPAD, ADA, propugnan transiciones a las consultas de adultos planificadas conjuntamente entre el pediatra, el endocrino de adultos, el adolescente y su familia. Iniciar la transición durante la adolescencia actualizando la formación diabetológica del adolescente, realizando una consulta conjunta con el especialista de adultos y planificar una consulta “de vuelta” tras la transición para verificar la adecuada realización de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar una transición adecuada del adolescente diabético desde la consulta de diabetes pediátrica a la consulta de endocrinología de adultos en el hospital San Jorge, reduciendo las posibles pérdidas de seguimiento, redundando en un mejor control metabólico del paciente.

Promover la comunicación entre los profesionales implicados.

Responsabilizar al adolescente en el autocuidado personal y de su diabetes.

MÉTODO
Diseño del protocolo de actuación y seguimiento de estos pacientes, con edad de inclusión (pacientes con debut previo a los 14 años, con edad actual entre 14-18 años) y características de los mismos.
Se establecerá un calendario de consultas, con periodicidad trimestral, con un mínimo de 3 consultas al año, de modo compartido.
Registro de pacientes incluidos.
Registro de consultas conjuntas realizadas.
Registro de consultas “de vuelta” realizadas.
Registro de satisfacción de los pacientes incluidos en este programa de calidad.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0753

## 1. TÍTULO

### DIABETES TIPO 1 EN PEDIATRÍA. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN LA ADOLESCENCIA A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA DE ADULTOS

Actualización bibliográfica, Búsqueda de ultimas recomendaciones internacionales.

INDICADORES
Nº de pacientes incluidos respecto del total de pacientes diabéticos adolescentes.
Nº de consultas conjuntas realizadas respecto del total de pacientes incluidos.
Nº de consultas "de vuelta" realizadas respecto del total de pacientes diabéticos transferidos.
Nº de encuestas de satisfacción realizadas respecto del total de pacientes incluidos.

DURACIÓN
Reunión del equipo de coordinación y establecimiento del protocolo en mayo-junio 2018.
Reunión y revisión de la experiencia inicial en diciembre 2018.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0418

## 1. TÍTULO

## FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SOFIA CONGOST MARIN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
MACHIN RICOL MARIA PILAR
VALLES SANTOLARIA ALBA
ALLER CONDE MARIA
MUÑOZ EZEIZABARRENA MARIA TERESA
CALVO AGUILAR JOSEFA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisión exhaustiva de bibliografía actual y encuesta sobre necesidades formativas se han realizado 12 talleres sobre ultimas evidencias en lactancia materna y descrito su mejor forma de aplicarlas en la practica clínica diaria.
Los contenidos principales han sido sobre:
- Indicaciones médicas de suplementación en lactancia materna y métodos de suplementación alternativos.
- Observación de una toma de lactancia materna y escalas de evaluación.
- Ventajas de la lactancia materna y riesgos de la artificial.
- Problemas de las mamas de los primeros días.
- Contacto precoz postparto
- Extracción y conservación de lactancia materna
- Rutinas de los primeros días.
- Fármacos y lactancia, enfermedades de la madre lactante.
- Pezoneras, uso, indicaciones, anquiloglosia, disfunción motora.
- Sedoanalgesia no farmacológica en el recién nacido.
- Prematuros, recién nacido enfermo, método madre canguro.
- Protocolo de lactancia materna del sector de Huesca

Además se ha realizado una evaluación de conocimientos en lactancia materna previa y otra tras la finalización de los talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha administrado el cuestionario Ecola (encuesta de conocimientos sobre lactancia materna) hallando mejoría en el resultado de las evaluaciones en todos los items tras la realización de los talleres.
Se han realizado 12 talleres de 2 horas de duración cada uno y una asistencia media de 15 personas (máxima de 23 y mínima de 11). Han asistido al 75% de los mismos 9 personas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los talleres has satisfecho las necesidades formativas que se identificaron al comienzo del proyecto por lo que los talleres han resultado muy beneficiosos. Se ha conseguido mejorar habilidades que repercuten de forma positiva en la práctica diaria y se ha mejorado la comunicación entre los diferentes componentes del servicio maternoinfantil. Queda pendiente extender esta formación a todo el personal del servicio pero la presión asistencial impide una mayor asistencia a los talleres.

7. OBSERVACIONES.
Los conocimientos adquiridos en los talleres se valoran de forma positiva, si bien la excesiva rotación en los servicios de hospitalización dificulta la especialización del personal eventual que debe adaptarse a muy distintos ámbitos de trabajo. Además la rotación de turnos dificulta la asistencia a cursos de formación.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/418 ========== ***

Nº de registro: 0418

Título
FORMACION EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACION DE TALLERES TEORICOPRACTICOS

Autores:
CONGOST MARIN SOFIA, SANZ DE MIGUEL PILAR, MACHIN RICOL PILAR, VALLES SANTOLARIA ALBA, ALLER CONDE MARIA, MUÑOZ EZEIZABARRENA MAITE, CALVO AGUILAR JOSEFA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0418

## 1. TÍTULO

**FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS**

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Lactantes
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La lactancia materna exclusiva (alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida) es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil con los menores costes económicos. Proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, representa la primera inmunización del lactante, protegiéndole frente a infecciones respiratorias, diarreicas y otras patologías potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. En todo el mundo, solo el 38% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, en España no hay datos oficiales pero la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses dista de las recomendaciones actuales. La OMS ha elaborado un Plan Integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño donde se fijan seis Metas Globales para 2025 siendo una de ellas aumentar la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses hasta al menos el 50%. Para esto es necesario que se produzca un mayor apoyo a la LM a nivel social y laboral, no pudiéndose responsabilizar únicamente a las familias de realizar todo el esfuerzo para conseguir estos objetivos. La falta de formación en lactancia materna de los profesionales sanitarios es una barrera para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna, por ello, el Plan Estratégico para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia en Europa aconseja poner en marcha acciones de formación que ayuden a los trabajadores de maternidades y áreas pediátricas de hospitales y centros de salud, a conseguir la excelencia en la práctica clínica. En esta misma línea, el plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social incluye Estrategias y Objetivos que permitan garantizar una asistencia profesional actualizada que permita disminuir la variabilidad de la práctica clínica, mediante la mejora de la formación de sus profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
De acuerdo con el plan de calidad del Sistema Nacional de Salud se va a proceder a la organización y promoción de talleres para profesionales sanitarios para capacitación en habilidades teóricas y prácticas en lactancia materna.

MÉTODO
- Revisión de la bibliografía actual sobre lactancia materna, últimas evidencias.
- Evaluación teórica sobre lactancia materna a los profesionales implicados en la asistencia maternoinfantil.
- Análisis de las evaluaciones. Establecimiento de las necesidades formativas.
- Organización de los temas a tratar, asignación de personal docente
- Talleres mensuales
- Evaluación teórica sobre los conocimientos adquiridos

INDICADORES
- Evaluaciones realizadas pre y postalleres: 75%
- Asistencia a los talleres: mínimo 70%.

DURACIÓN
- Marzo 2018:
Evaluación teórica en lactancia a los profesionales implicados en la asistencia maternoinfantil.
Análisis de las necesidades formativas.
- Abril 2019: Inicio de talleres.

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 - 2019/0418

## 1. TÍTULO

**FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE TALLERES TEORICOPRÁCTICOS**

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0630

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY**

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA LOPEZ UBEDA
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHO GRACIA ELENA
LAVILLA FERNANDEZ MARIA JOSE
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS
ASPIROZ GUILLEN ANA ISABEL
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR
CALVO AGUILAR JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva con las últimas evidencias acerca de las distintas patologías, (meningitis, encefalitis y sepsis), se realizó una reunión con puesta en común con el servicio de pediatría y microbiología en febrero de 2019. En dicha reunión se establecieron las características de los pacientes candidatos, la indicación de las técnicas, la recogida de muestras y el flujograma de seguimiento.

Posteriormente se realizó un protocolo coordinado entre pediatría y microbiología titulado: PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE PANEL DE PCR MÚLTIPLE. Dicho protocolo fue pasado por la unidad de calidad del Hospital San Jorge de Huesca.

Se realizó una reunión informativa verbal al servicio de Pediatría y microbiología de la creación del nuevo protocolo para el conocimiento de todo el personal tanto médico como enfermería y auxiliares. El protocolo explicativo se encuentra a disposición del personal en la planta de Pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019 se recogieron 172 muestras (32 muestras de LCR y 140 de hemocultivo) para la realización del panel de PCR múltiple.

En cuanto al hemocultivo fue positivo en 10 pacientes de las 140 muestras recogidas (7,1%), en edades comprendidas entre los 9 días de vida y los 74 años. Los patógenos detectados fueron Staphilococcus (30%), Enterobacteriaceae (20%), Streptococcus penumoniae (10%), Proteus (10%), Escherichia coli K1 (10%), Listeria monocytogenes (10%) y Staphilococcus aureus (10%). En el recién nacido de 9 días de vida se encontró un hemocultivo positivo a Escherichia coli K1 en contexto de cuadro de sepsis urológica en contexto de ureterohidronefrosis bilateral por válvulas de uretra posterior.

En cuanto a las muestras obtenidas de líquido cefalorraquídeo se ha realizado el panel de PCR múltiple a 32 pacientes (31 pacientes adultos y 1 paciente pediátrico) de edades comprendidas entre los 6 años y los 90 años. Este panel fue positivo en 4 de los casos (12,1%). Los patógenos detectados fueron Enterovirus (25%), Listeria monocytogenes (25%) y Herpes simplex virus (50%). El paciente pediátrico en el que el resultado fue positivo en el líquido cefalorraquídeo tenía 6 años y dio un resultado positivo para PCR de Enterovirus obteniendo el resultado en escasas horas, permitiendo realizar un tratamiento sintomático adecuado y evitando antibioterapia.

INDICADORES
- Realización del protocolo: cumplimiento 100%
- Muestras obtenidas a los pacientes indicados: cumplimiento 100%
- Resultados con identificación de patógenos: cumplimiento 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este panel ha permitido una rápida identificación de los microorganismos y un tratamiento dirigido. El conocimiento de la sensibilidad de la bacteria permite ajustar el tratamiento y usar el antibiótico con mejor farmacocinética y farmacodinamia.
En el caso de pediatría, consideramos que aunque solo 2 pacientes han sido candidatos a la utilización del panel de PCR múltiple, ha sido muy positivo porque ha permitido ajustar el tratamiento de forma precoz y un mejor abordaje del paciente. En el caso de no disponer de este panel de PCR múltiple, los pacientes hubiesen precisado el inicio de antibioterapia de forma empírica y no dirigida, con todas las consecuencias que esto conlleva. De este modo, se ha conseguido la situación ideal que es una rápida identificación del microorganismo y un tratamiento dirigido.
Pensamos que este panel es una herramienta muy útil para la práctica clínica diaria que proporciona un elemento de mejora en la calidad de la asistencia de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0630

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY**

*** ========== Resumen del proyecto 2019/630 ========== ***

Nº de registro: 0630

Título
REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY

Autores:
LOPEZ UBEDA MARTA, SANCHO GRACIA ELENA, MAIRAL CLAVER MARIA PILAR, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, VIÑUALES PALOMAR MARIA JESUS, ASPIROZ GUILLEN ANA ISABEL, SANZ DE MIGUEL PILAR, CALVO AGUILAR JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Niños
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La meningitis y la encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central causado por microorganismos que afecta a las leptomeninges y al cerebro respectivamente. Las meningitis afecta a más de 1,2 millones de personas y la meningitis bacteriana causa 120000 muertes en el mundo cada año. La incidencia de encefalitis en la infancia es de 5-10 casos/100000 niños.
La meningitis bacteriana supone una urgencia médica ya que presenta una elevada mortalidad sin tratamiento. Los síntomas pueden presentarse de forma súbita y aumentar rápidamente, por lo que un diagnóstico rápido es esencial para iniciar un tratamiento específico. Aun así, debido al solapamiento de los síntomas, no es posible identificar los agentes causantes basándonos únicamente en la clínica, por lo que un diagnóstico precoz aseguraría un tratamiento etiológico adecuado evitando que los pacientes pueden ser tratados innecesariamente con antibióticos hasta que se descarta una infección bacteriana ya que la mayoría de las meningoencefalitis en los niños son virales.
La sepsis es un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica secundario a infección asociada a disfunción orgánica. Presenta una incidencia de 56-60 sepsis/100000 niños con una mortalidad hospitalaria global es de un 9-12,4%. La incidencia, morbilidad y mortalidad de la sepsis la convierten en un importante problema sanitario.
El Panel de Meningitis y Encefalitis FilmArray es un novedoso panel autorizado por la FDA, sencillo, fácil, rápida e integral, capaz de analizar de forma simultánea a 16 patógenos (bacterianos, víricos y levaduras) en una única muestra de líquido cefalorraquídeo y sangre. Ofreciendo un resultado rápido en escasas horas. Lo que puede contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad del paciente con meningitis, encefalitis y sepsis al realizar una rápida identificación y un tratamiento precoz y adecuado.
Los patogénos identificados son: bacterias (Escherichia coli K1, Haemophilus influenzae, Listeria monocytogenes, Neiserria meningitidis, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae), virus (Citomegalovirus, Enterovirus, Virus Epstein-Barr, Herpes simplex virus 1 y 2, Herpesvirus 6, parechovirus humano, virus Varicela Zoster) y levaduras (cryptococcus neoformans/gattii).

RESULTADOS ESPERADOS
Clasificar e identificar a los pacientes candidatos a someterse a esta nueva técnica para facilitar la identificación del patógeno causante y la elección de un antibiótico más especifico evitando así la aparición de resistencias antibióticas.
Adelantarnos a las técnicas habituales de diagnóstico para llevar a cabo las medidas terapéuticas oportunas.
Optimizar los recursos disponibles

MÉTODO
Revisión bibliográfica actual con las últimas evidencias.
Puesta en común con el servicio de pediatría y microbiología.
Realizar un protocolo para la indicación de estas técnicas.
Puesta en marcha del proyecto.
Evaluación de los resultados y datos obtenidos.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0630

## 1. TÍTULO

**REALIZACION DE PROTOCOLO DE DETECCION PRECOZ DE MENINGITIS, ENCEFALITIS Y SEPSIS MEDIANTE LA UTILIZACION DE PANEL FILMARRAY**

INDICADORES
Realización de un protocolo 100%
Muestras obtenidas a los pacientes indicados 100%
Resultados

DURACIÓN
Reunión del equipo coordinador del protocolo y revisión de la bibliografía en marzo 2019
Reunión informativa e indicaciones al equipo de pediatría en abril 2019
Recogida de datos y revisión de los resultados a finales de diciembre de 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0106

## 1. TÍTULO

## ABORDAJE PSICOLÓGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BARBARA MORER BAMBA
· Profesión ..... PSICOLOGO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSICOLOGIA CLINICA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVERA FANDOS LAURA
URZOLA CASTRO CARMEN
ALTEMIR TRALLERO JARA
PELEGRIN VALERO CARMELO
GIL PELEATO EVA
REFOYO MATELLAN BELEN
ROMERA MORALES DAVID JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión bibliográfica sobre factores psicológicos y obesidad, así como intervención psicológica grupal.
Coordinación con servicio de Endocrinología y Nutrición, con intervención del médico endocrino y la enfermera de nutrición. Derivación y selección de los candidatos a participar en el programa.

Se realizó una parte educativa consistente en 4 charlas realizadas por médico endocrino, enfermera de nutrición, psicóloga interna residente y psiquiatra de UTCA.

A continuación se realizó la psicoterapia grupo propiamente dicha llevada a cabo por la Psicóloga Clínica de la UTCA en coterapia con la Psicologa Interna Residente. Se trata de un grupo cerrado, semanal, de entre 10-12 pacientes, de entre 60-90 minutos de duración por sesión. Se abordan temas como Comer emocional, Adicción a la comida, Culpa, Vergüenza
y Relaciones interpersonales

Evaluación psicológica pre y post tratamiento.
Finalmente el grupo lo componen 9 pacientes, pero finalizan todas las sesiones 5 mujeres.
El 100% refieren al menos un evento traumático a lo largo de su vida y presenta un patrón alimentario anormal, además de un nivel de sufrimiento psíquico situado entre el Pc 85-90.
Predomina el patrón de personalidad evitativo-dependiente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la intervención el 80% de la muestra ha perdido peso, y se encuentra un aumento estadísticamente significativo en calidad de vida (sig. 0,043), y disminución del Índice de Riesgo de TCA (sig. 0,042) e Índice sintomático general (sig. 0,043).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Las personas con obesidad suelen presentar patrones de conducta alimentaria alterados así como un nivel de sufrimiento acusado y se pueden beneficiar de un tratamiento psicológico grupal.
La muestra analizada ha obtenido beneficios a nivel físico, psicológico y en calidad de vida. La inclusión de este tipo de tratamientos en los servicios hospitalarios se hace necesaria para el abordaje integral de esta patología. Por lo que sería necesario aumentar el tiempo de dedicación a la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge, ya que ahora mismo, la psicologoa clínica, el psiquiatra y la nutricionista sólo disponen de un día semanal para tratar casos grave de anorexia, bulimia, trastorno por atracón y obesidad. No hay tiempo para poder hacer grupos pese a la eficiencia que demuestran.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/106 ========== ***

Nº de registro: 0106

Título
ABORDAJE PSICOLOGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

Autores:
MORER BAMBA BARBARA, CALVERA FANDOS LAURA, URZOLA CASTRO CARMEN, ALTEMIR TRALLERO JARA, PELEGRIN VALERO CARMELO, ALAYETO GASTON MARIAN, GIL PELEATO EVA, ROMERA MORALES DAVID JOSE

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0106

## 1. TÍTULO

## ABORDAJE PSICOLÓGICO GRUPAL EN PACIENTES CON OBESIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

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

PROBLEMA
Desde la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital San Jorge se detecta la necesidad de abordar los casos de obesidad desde un enfoque integral que incluya el tratamiento psicológico. Tanto la obesidad generada por un trastorno de atracón, como por hiperfagia, y la dificultad de estos pacientes para seguir una dieta, esconden en muchas ocasiones una problemática emocional subyacente. Numerosos estudios han hallado una elevada presencia de síntomas de ansiedad y depresión en estos pacientes, así como una relación entre fracaso de las técnicas de cirugía bariátrica y factores psicológicos.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un abordaje integral e interdisciplinario de los casos de obesidad, haciendo especial hincapié en el abordaje psicológico, con el objetivo de modificar los factores psicológicos que influyen en la conducta de sobreingesta. La población diana será mujeres y hombres mayores de 18 años con IMC a partir de 30, en seguimiento en Servicio de Endocrinología del Hospital San Jorge, para los cuales la obesidad sea egodistónica y estén dispuestos a implicarse en un tratamiento grupal continuado.

MÉTODO
Revisión bibliográfica sobre factores psicológicos y obesidad, así como intervención psicológica grupal.
Coordinación con servicio de Endocrinología y Nutrición, con intervención del médico endocrino y la enfermera de nutrición. Derivación y selección de los candidatos a participar en el programa.

Se realizará una parte educativa consistente en 4 charlas realizadas por médico endocrino, enfermera de nutrición, psicóloga interna residente y psiquiatra de UTCA.
A continuación se realizará la terapia grupo propiamente dicha llevada a cabo por la Psicóloga Clínica de la UTCA en coterapia con la Psicologa Interna Residente. Se trata de un grupo cerrado, semanal, de entre 10-12 pacientes, de entre 60-90 minutos de duración por sesión.

Se necesita una sala amplia acondicionada con equipo informático y proyector (ideal sala de juntas 7ª planta) con disponibilidad semanal durante 3 meses.

Son necesarios tests psicológicos para la evaluación psicológica pre y post tratamiento.

INDICADORES
Implantación del proyecto en el calendario previsto.
Evaluación psicométrica de síntomas psicológicos antes y después.
Un indicador positivo sería la reducción del peso en los participantes.
Valoración positiva de las encuestas de satisfacción que se pasarán a los participantes.

DURACIÓN
febrero 2019: inicio revisión bibliográfica y coordinación con servicios implicados
marzo 2019: inicio de derivación y selección de participantes
marzo-abril 2019: inicio del abordaje grupal
junio 2019: finalización terapia grupal
julio-septiembre 2019: corrección de los tests y análisis de los datos obtenidos
octubre-noviembre 2019: realización de memoria

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0538

## 1. TÍTULO

## MEJORA EN GESTIÓN DE PROCESOS: ELABORACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRA

Fecha de entrada: 04/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA EUGENIA ESTRADA FERNANDEZ
· Profesión ..... ENFERMERO/A DE SALUD MENTAL
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FUSTER RAMON BEGOÑA
SANTISO SANZ MIGUEL
CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA
ALAYETO GASTON MARIAN
SARASA FRECHIN EVA
GALAN LATORRE LETICIA
ESTEBAN SORIANO BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el marzo del 2019 se analizaron y estudiaron los protocolos previos, analizando los presentes y cómo gestionar la nueva planificación de los protocolos establecidos.
Durante ese periodo se elaboraron los mapas de procesos y subprocesos del Hospital de día de psiquiatría, poniéndolos en marcha a partir de la fecha prevista (abril 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estudio del protocolo: marzo 2019 (acorde con el standard marcado)
- Elaboración de mapas de procesos y subprocesos: marzo 2019 (acorde con el standar marcado). Se han desarrollado y elaborado el proceso y subprocesos del hospital de día de psiquaitría.
- Puesta en marcha: desde abril 2019 (acorde con el standard marcado). Se ha puesto en marcha los protocolos establecidos.
- Nº pacientes beneficiados: se han beneficiado de forma indirecta todos los pacientes ingresados desde abril del 2019, fecha en la que se inicia el protocolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha valorado positivamente la organización necesaria para poder establecer los protocolos, se necesitaron reuniones de equipo para consensuar y organizarlos, así como la evaluación y consenso de los mismos durante la realización y posteriormente. Se destaca el trabajo en equipo para una mejora de forma indirecta de la calidad asistencial y mejora de los pacientes en la unidad de Hospital de día de psiquiatría. Se considera una valoración del proyecto apta para la sostenibilidad del recurso, por su mejora en el funcionamiento una vez establecidos los protocolos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/538 ========== ***

Nº de registro: 0538

Título
MEJORA EN GESTION DE PROCESOS: ELABORACION DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DIA DE PSQUIATRIA

Autores:
ESTRADA FERNANDEZ EUGENIA, FUSTER RAMON BEGOÑA, SANTISO SANZ MIGUEL, CARNICER QUILEZ MARIA ANTONIA, ALAYETO GASTON MARIAN, SARASA FRECHIN EVA, GALAN LATORRE LETICIA, ESTEBAN SORIANO BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SGDO CORAZON DE JESUS

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología mental
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0538

## 1. TÍTULO

### MEJORA EN GESTIÓN DE PROCESOS: ELABORACIÓN DE PROCESOS Y PROTOCOLOS EN HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRA

PROBLEMA
Ante la variabilidad del personal sanitario /administrativo que permanece en el trabajo de HDD, se perciben carencias en la continuidad de actividades, intervenciones y coordinación. Se considera primordial en la unidad unos criterios para disminuir la variabilidad en la gestión que repercute de forma directa e indirecta en la atención al paciente. Se confeccionan el mapa y procesos en base a otros protocolos, experiencias y reuniones de equipo.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Organización del recurso ; 2. elaboración de estrategias de mejora a nivel del equipo asistencial ; 3. Mejorar la coordinación para un mayor beneficio del paciente tanto de forma directa como indirecta.

MÉTODO
- Estudio de protocolos previos y análisis de publicaciones
- Confección de la gestión de protocolos
- Puesta en marcha de los mismos.

INDICADORES
Nºpacientes beneficiados; elaboración del mapa de procesos y elaboración de subprocesos

DURACIÓN
- Estudio del protocolo: marzo 2019;
- Elaboración de mapas de procesos y subprocesos: marzo 2019
- Puesta en marcha: desde abril 2019

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0181

## 1. TÍTULO

**CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DIANA MARQUINA MARTINEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO
GONZALEZ GAMBAU JORGE
BORIA ALEGRE ALVARO
MONTEJO GAÑAN INMACULADA
RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL
MUÑOZ MORER PATRICIA
FERNANDEZ USIETO TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Elaboración y ejecución de un circuito de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge, con la colaboración de los radiólogos, ginecólogos, personal auxiliar y administrativo de ambos centros hospitalarios. Marzo 2019.
2. Realizar sesiones formativas al personal sanitario implicado en el circuito, en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de Jaca y en el Hospital San Jorge de Huesca. Marzo 2019.
3. Realizar y entregar una hoja informativa del proceso (explicando los diferentes pasos del circuito) a las pacientes en el Hospital de Jaca. Marzo 2019.
4. Diseñar una encuesta para valorar el grado de satisfacción de las pacientes en este circuito de derivación, entregarlas a las pacientes en el Hospital de Jaca y recogerlas el día de la biopsia en el Hospital San Jorge. La encuesta consta de 4 preguntas con puntuaciones del 1 al 5, siendo 1 nada satisfecho y 5 muy satisfecho, considerando en su análisis una media de la puntuación de los 4 ítems mayor o igual a 4, como resultado encuesta satisfactoria. Marzo 2019.
5. Realizar hojas de registros para cada paciente derivada que recoge: Nombre y apellidos de la paciente, número de historia clínica, fechas de envío desde el Hospital de Jaca, fechas de recepción en el Hospital San Jorge, fechas de biopsias y el personal sanitario implicado. Marzo 2019.
5. Revisión de las encuestas y de los registros, con la detección y resolución de problemas surgidos. Marzo 2019-enero 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
OBJETIVOS:

1. Establecer un circuito de derivación para los pacientes del Hospital de Jaca, subsidarios de procedimientos intervencionistas de patología mamaria, a la Unidad de Intervencionismo de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge en el menor tiempo posible, evitando pasos intermedios innecesarios que retrasen el proceso diagnóstico.

Indicador: Porcentaje de pacientes derivados mediante circuito (Nº pacientes derivados mediante circuito/Nº total pacientes derivados) X 100.
Estándar >90%.
(21/22 x 100 = 95,45 %)

2. Impacto del circuito de derivación en la mediana de tiempo de demora en días desde la prueba de imagen en el Hospital de Jaca hasta la realización de la biopsia en el Hospital San Jorge.

Indicador: Porcentaje de disminución de la demora hasta la biopsia mediante circuito. [Mediana días mediante circuito (2019-2020)/ Mediana días sin circuito (2018-2019)] x 100. Estándar <50%.
(10/30 x 100 = 33.3%)

3. Registro de pacientes extraviados con los problemas surgidos.

Indicador: Porcentaje de pacientes extraviados. (Nº de pacientes extraviados/total de pacientes derivados) x 100. Estándar <5%.
(1/22 x 100= 4,5%)

4. Valorar mediante la encuesta el grado de satisfacción de la información recibida en relación al circuito de las pacientes remitidas mediante el mismo. Considerada encuesta satisfactoria puntuación media mayor o igual 4/5.

Indicador: Porcentaje de pacientes que valoran positivamente la información en el circuito. (Nº encuestas satisfactorias/Nº total de encuestas) x 100. Estándar >80%.
(19/20 x 100= 95%)

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0181

## 1. TÍTULO

**CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
CONCLUSIONES:

1. La elaboración del presente circuito ha logrado sistematizar y estandarizar el proceso de derivación de los pacientes a los que se realiza prueba de imagen en el Hospital de Jaca con hallazgos que indican la realización de procedimientos intervencionistas de patología mamaria en el Hospital San Jorge de Huesca.
2. Importante disminución del tiempo de demora desde la prueba de imagen en el Hospital de Jaca hasta la realización de la biopsia en el Hospital de Huesca, siendo tres veces menor respecto al año anterior. Todo ello permite agilizar el proceso diagnóstico, adelantando la obtención de resultados, el inicio del tratamiento y el manejo posterior.
3. Las pacientes involucradas en el circuito han manifestado un alto grado de satisfacción, tanto con el proceso de derivación como con la información recibida en cada momento.

RECOMENDACIONES:

Los principales problemas en el circuito han surgido con el personal nuevo sustituto que no conocía con exactitud la forma de proceder, ya que las sesiones formativas se realizaron al personal implicado presente al inicio del proyecto de mejora. Se recomienda hacer sesiones formativas periódicas para que todo el personal conozca el funcionamiento de las derivaciones en todo momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/181 ========== ***

Nº de registro: 0181

Título
CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
MARQUINA MARTINEZ DIANA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO, GONZALEZ GAMBAU JORGE, BORIA ALEGRE ALVARO, MONTEJO GAÑAN INMACULADA, RAMON Y CAJAL JOSE MANUEL, MUÑOZ MORER PATRICIA, FERNANDEZ USIETO TANIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA MAMARIA
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad el cáncer de mama es el tumor más frecuente y la primera causa de muerte en la población femenina mundial, por lo que su detección precoz es la clave para mejorar su pronóstico y supervivencia.

Es de vital importancia establecer protocolos diagnósticos y circuitos de derivación de pacientes entre los diferentes especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria. Es necesario pautar unas directrices de actuación para que se agilicen los procedimientos, de tal manera que se ahorre tiempo de crucial importancia entre los diferentes eslabones del proceso diagnóstico.

La inexistencia de un circuito de derivación eficaz para las pacientes del Hospital de Jaca que precisan continuidad diagnóstica en la Unidad de Intervencionismo del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge, ha ocasionado varios casos de importantes demoras y/o derivaciones erráticas en los últimos meses.

Por ello se hace necesario elaborar un circuito adecuado para citar en el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge de Huesca a aquellos pacientes que requieran procedimientos intervencionistas. El punto de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0181

## 1. TÍTULO

**CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

partida de dicho circuito es la detección mediante mamografía y/o ecografía realizadas en el Hospital de Jaca de lesiones mamarias subsidarias de realizar biopsia guiada por ecografía o estereotaxia. Dichos pacientes deberían ser citados a la mayor brevedad posible en el Hospital San Jorge, evitando así retrasos injustificados en el proceso diagnóstico que pudieran repercutir en su pronóstico.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Establecer un circuito de derivación para los pacientes del Hospital de Jaca, subsidarios de procedimientos intervencionistas de patología mamaria, a la Unidad de Intervencionismo de Mama del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital San Jorge en el menor tiempo posible, evitando pasos intermedios innecesarios que retrasen el proceso diagnóstico.

2. Registrar el número de pacientes del Hospital de Jaca a las que se les ha realizado mamografía y/o ecografía con lesiones BI-RADS 3, 4 y 5 candidatas a procedimientos intervencionistas.

3. Optimizar y minimizar los tiempos diagnósticos de la patología mamaria.

4. Reducir el grado de ansiedad de las pacientes asociado a la incertidumbre de una espera prolongada en un proceso diagnóstico de una potencial patología mamaria maligna.

MÉTODO
1.- Elaboración de un protocolo de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge.

2.- Realizar sesiones formativas a todo el personal sanitario del Servicio de Radiodiagnóstico y Ginecología.

3.- Desarrollar una hoja informativa del proceso para los pacientes, explicando los diferentes pasos del circuito.

4.- Diseñar una encuesta para valorar el grado de ansiedad de los pacientes en este circuito de derivación.

5.- Revisión de las encuestas y los registros.

6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes derivados mediante circuito (Nº pacientes derivados mediante circuito/ Nº total pacientes derivados X 100). Estándar >90%.

- Impacto del circuito de derivación en el tiempo medio de demora desde la prueba de imagen en el Hospital de Jaca hasta la realización de biopsia en el Hospital San Jorge (Nº medio de días de pacientes derivados mediante circuito/ Nº medio días transcurridos en el total de derivaciones). Estándar <50%.

- Porcentaje de pacientes remitidos mediante circuito que valoran positivamente la información recibida (Nº pacientes que valoran positivamente la información recibida/Nº total de pacientes derivadas mediante circuito X 100). Estándar >80%.

DURACIÓN
Línea de mejora multidisciplinar que engloba a los servicios de Radiodiagnóstico del Hospital de Jaca y de Radiodiagnóstico y Ginecología del Hospital San Jorge.

Fecha de inicio: 1 marzo 2019.
Fecha finalización: 1 marzo 2020.

1.- Elaboración de un protocolo de derivación del Hospital de Jaca al Hospital San Jorge. Fecha: marzo 2019.

2.- Realizar sesiones formativas a todo el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico y Ginecología. Fecha: marzo 2019.

3.- Desarrollar una hoja informativa del proceso para los pacientes, explicando los diferentes pasos del circuito. Fecha: marzo 2019.

4.- Diseñar una encuesta para valorar el grado de ansiedad de los pacientes en este circuito de derivación. Fecha: marzo 2019.

5.- Revisión de las encuestas y los registros. Fecha: abril 2019-febrero 2020.

6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Fecha: febrero 2020.

OBSERVACIONES

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0181

## 1. TÍTULO

**CIRCUITO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES SUBSIDARIOS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR IMAGEN DE PATOLOGIA MAMARIA DESDE EL HOSPITAL DE JACA AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

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

*** ============================================================================================== ***
```

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

## 1. TÍTULO

**INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALVARO BORIA ALEGRE
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ GAMBAU JORGE
MARQUINA MARTINEZ DIANA
MONTEJO GAÑAN INMACULADA
LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se establecen los siguientes criterios de inclusión para los pacientes:

-Pacientes diagnosticados de tendinopatía calcificada del manguito con estudio ecográfico y radiológico.
-Ausencia de otra causa evidente del dolor y/o discapacidad funcional del hombro afecto. Se eliminan por tantos pacientes con artrosis glenohumeral avanzada, pacientes con artrosis secundaria a antecedente traumático o pacientes con omalgia derivada de una fractura aguda o subaguda de troquiter o cuello humeral.

Se revisan estudios radiológicos simples y ecográficos de hombro con peticiones clínicas englobadas en: Omalgia, sospecha de tendinopatía del manguito rotador, sospecha de rotura de manguito rotador, sospecha de tendinopatía calcificante del manguito rotador, sospecha de tendinopatía calcificante del tendón del supraespinoso. Se revisan estudios con estos criterios dentro del periodo de marzo a noviembre 2019 obteniendo 43 pacientes con criterios de inclusión óptimos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De estos 43 pacientes seleccionados, todos ellos cumplen los criterios de inclusión seleccionados (tendinopatía calcificante del manguito rotador demostrada radiológica/ecográficamente y ausencia de otra causa evidente de omalgia). De estos 43 pacientes, en 22 de ellos la calcificación sería subsidiaria de tratamiento (criterio de tratamiento de la calcificación establecida como calcificación densa y mayor de 10mm en su eje máximo). El resto de los 21 pacientes se excluyen por calcificación menor de 10mm en su eje máximo (16 pacientes) y por calcificación grumosa en fase de reabsorción (5 pacientes). En cuanto a los estándares marcados al principio del proyecto, se cumplen los dos primeros:
1. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo durante el primer año. Estándar >30. Se llega a 43 pacientes en el período marzo-noviembre 2019 (periodo de 9 meses)
2. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos durante el primer año. Estándar >50%. Se llega al 51,1% (22 de los 43 pacientes con criterio de inclusión positivo).
El tercer y cuarto ítem no son evaluables en la actualidad (resultados a partir del 2º año tras la instauración).
3. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo a partir del 2º año. Estándar >50.
4. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos a partir del 2º año. Estándar >65%
El quino ítem (Porcentaje de pacientes tratados con realización de encuesta, en el caso de instaurarla, tras el procedimiento. Estándar >85%) no se cumple porque no se realiza la encuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A lo largo de este período se ha procedido a la valoración de pacientes subsidiarios del tratamiento percutáneo de la tendinopatía calcificante del manguito rotador. Los principales problemas observados han sido la variabilidad en cuanto al servicio peticionario. Existen peticiones de múltiples servicios como rehabilitación, traumatología, medicina familiar y comunitaria, reumatología. Esta inhomogeneidad y variabilidad condiciona una dificultad a la hora de seleccionar e identificar los pacientes adecuados. La posibilidad de agrupar estos pacientes, de una manera mas ordenada y eficiente, podría dar lugar a la formación de un subgrupo de pacientes con criterios de inclusión positivos y posterior abordaje terapéutico de éstos. De este modo se podría optar a crear una bolsa de pacientes e instaurar más adelante el propio procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/311 ========== ***

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

## 1. TÍTULO

**INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Nº de registro: 0311

Título
INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
BORIA ALEGRE ALVARO, LACOMA LATRE EVA MARIA, SANCHEZ LALANA EVA, TORRECILLA MUZAS SANDRA, LOPEZ LOPEZ JOSE IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La tendinopatía calcificante del hombro es una lesión común caracterizada por la formación de depósitos cálcicos sobre los tendones del manguito rotador del hombro y de forma particular en el supraespinoso. Se trata de una lesión que es cada vez más frecuente y, aunque se da en ambos sexos y a cualquier edad, la mayor incidencia es en mujeres de 40 a 60 años. Entre un 10-20% de las tendinitis calcificantes del hombro se mantienen asintomáticas. Sin embargo, en el resto de los casos, una vez que se ha formado el depósito de calcio los síntomas más frecuentes son dolor intenso especialmente nocturno y al realizar determinados movimientos de rotación del hombro, lo que, a su vez lleva a una pérdida progresiva de la movilidad de la articulación y a una incapacidad secundaria.
El tratamiento percutáneo ecoguiado mixto con aspiración y lavado es una técnica poco invasiva, fiable, consolidada y que ha demostrado tener muy buenos resultados en pacientes seleccionados.

RESULTADOS ESPERADOS
1. En este proyecto proponemos una vía terapéutica nueva, complementaria y no excluyente a las ya existentes (tratamiento conservador con antiinflamatorios no esteroideos, infiltración con corticoides de la bursa subacromiosubdeltoidea, litotricia por ondas de choque, cirugía) para el abordaje de la tendinopatía calcificante.
2. Los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este tratamiento deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión:
-Pacientes diagnosticados de tendinopatía calcificada del manguito rotador con una calcificación de al menos 10mm de eje mayor visible con estudio ecográfico y radiológico. Confirmación de los hallazgos con con Rx simple y ecografía realizado en nuestro Servicio el día del tratamiento.
-Ausencia de otra causa evidente del dolor y/o discapacidad funcional del hombro afecto.
-Pacientes que firman el consentimiento informado.

MÉTODO
1. Elaboración de un protocolo para la implantación y adecuación de este procedimiento
2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos)
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento
4. Posibilidad de desarrollar una encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA)
5. Revisión de las encuestas y los registros
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora

INDICADORES
1. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo durante el primer año. Estándar >30
2. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos durante el primer año. Estándar >50%
3. Número de pacientes remitidos para valoración de tratamiento percutáneo a partir del 2º año. Estándar >50
4. Porcentaje de pacientes remitidos subsidiarios de tratamiento con criterios de inclusión positivos a partir del 2º año. Estándar >65%
5. Porcentaje de pacientes tratados con realización de encuesta (en el caso de instaurarla) tras el procedimiento. Estándar >85%

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0311

## 1. TÍTULO

**INSTAURACION DEL TRATAMIENTO PERCUTANEO (ASPIRACION Y LAVADO) ECOGUIADO EN LA TENDINOPATIA CALCIFICANTE DEL MANGUITO ROTADOR EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

DURACIÓN
Línea de mejora que engloba al servicio de Radiodiagnóstico del Hospital de San Jorge con posibilidad de difusión informativa hacia otros servicios cercanos al área musculo-esquelética (principalmente Atención Primaria, Rehabilitación, Traumatología).
Fecha de inicio: 1 marzo 2019
Fecha finalización: 1 marzo 2020.
1. Elaboración de un protocolo de inclusión de pacientes subsidiarios de tratamiento percutáneo ecoguiado. Fecha: marzo 2019.
2. Proceso informativo para dar a conocer la opción terapéutica a pacientes y médicos solicitantes (principalmente a médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, traumatólogos). Realización de charlas intrahospitalarias/servicios seleccionados, trípticos informativos. Fecha: marzo-septiembre 2019.
3. Elaboración de un consentimiento informado adecuado al procedimiento. Fecha: marzo 2019.
4. Elaboración de encuesta para valorar el grado de éxito del tratamiento (encuesta el día del procedimiento, al mes, 3 y 6 meses) valorando escala de dolor de 0-10 (escala visual analógica, EVA). Fecha: marzo 2019.
5. Revisión de las encuestas y registros. Fecha: febrero 2020.
6. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Fecha: febrero 2020.

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 - 2019/1394

## 1. TÍTULO

### MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LAUTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DELHOSPITAL DE JACA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... INMACULADA MONTEJO GAÑAN
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARQUINA MARTINEZ DIANA
LACASTA VIVAS CARLOS M
HERNANDO ARDANAZ EDUARDO
CALLEN GARCIA OSCAR
ALMEIDA ESCARTIN NURIA
ROCA CAMPO MIRIAM
RAUSELL MINGOTES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1. Se ha consensuado el circuito que deben seguir las peticiones de TC urgentes/no urgentes. Este circuito se comunicó a los profesionales implicados al iniciarse la actividad del equipo de TC.
Se creó una hoja para el registro del número de peticiones que no siguieron el circuito establecido.

2. Se han modificado los protocolos existentes en el aparato de TC para los distintos tipo estudios (cráneo, tórax, abdomen…) en función de las deficiencias y problemas observados en las exploraciones por parte de radiólogos y técnicos de radiodiagnóstico. Estos cambios se llevaron a cabo en los primeros meses de funcionamiento del aparato.

3. Se ha registrado el número de estudios de TC repetidos desde la puesta en funcionamiento de la técnica y su causa. Para ello se creó una hoja de registro.

4. Se ha realizado un documento que recoge el algoritmo de actuación ante una reacción adversa al contraste yodado.

5. Se ha elaborado una hoja de registro del número de casos de reacción adversa al contraste y sus características (tipo de reacción, medicación administrada, cantidad de contraste inyectado... ). Las dos últimas actividades descritas han sido realizadas por facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital de Jaca y los documentos citados están disponibles en la sala de TC.

6. Se ha mantenido comunicación con el personal implicado en el proyecto poniendo en común las dudas y problemas surgidos hasta la fecha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. Se ha establecido el proceso de canalización de las peticiones tanto urgentes como programadas de los estudios de TC, con el fin de que éstos sean realizados e informados en un período de tiempo adecuado según su prioridad.
Indicador: porcentaje de peticiones de TC urgentes/no urgentes que siguen el circuito establecido. Estándar > 90%.

- Nº de peticiones urgentes que siguen el circuito establecido/Nº de peticiones urgentes x 100. 148/148 x100 = 100%
- Nº de peticiones no urgentes que siguen el circuito establecido/Nºde peticiones no urgentes x 100. 1262/1271x100 = 99%

2. Se han optimizado y estandarizado los distintos tipos de estudios en el aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen…) para facilitar el aprendizaje del personal encargado de realizar las exploraciones y obtener estudios de mejor calidad.
Indicador: porcentaje de protocolos de exploración del aparato de TC optimizados. Estándar > 90%
- Nº de protocolos modificados/Nº total de protocolos x 100. 23/25x100 = 92%

3. Se han detectado y subsanado los problemas/errores en la realización de los estudios de TC que conllevan la repetición de la prueba.
Indicador: porcentaje de estudios repetidos por errores o problemas técnicos. Estándar <1%
- Nº de estudios repetidos/Nº de estudios realizados. 9/1419x100 = 0,6%

4. En relación con el uso de contraste yodado, se ha establecido la pauta de actuación ante una reacción adversa y se ha creado un registro del número de casos de reacción adversa y sus características.
Se ha registrado un único caso de reacción adversa leve.
Indicador: entre los casos registrados, porcentaje en los que se ha cumplimentado correctamente la hoja de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1394

## 1. TÍTULO

**MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LAUTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DELHOSPITAL DE JACA**

registro. >90%
- Nº de casos con hoja de registro correctamente cumplimentada/Nºde casos registrados x 100. 1x1x100= 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La puesta en funcionamiento por primera vez de un equipo de TC en un Hospital supone un proceso complejo que implica a un gran número de profesionales. Todos ellos precisan un período de aprendizaje y familiarización con la nueva técnica, al que pensamos hemos contribuido con este proyecto.
Se han cumplido los indicadores propuestos al inicio del proyecto, de forma que en la actualidad creemos que hemos conseguido realizar estudios adecuados, en un período de tiempo razonable desde la petición del mismo y además, hemos realizado acciones en favor de la seguridad del paciente.

Durante estos meses han surgido en ocasiones dificultades para la comunicación directa entre los componentes del grupo, debido al hecho de pertenecer a distintos centros de trabajo. Por ello ha sido prioritaria la comunicación vía correo electrónico con las deficiencias que ésta implica.

Hemos detectado también dificultades puntuales en la coordinación entre la fecha de la cita de la exploración de TC y la de la consulta donde el paciente recibe los resultados de la prueba. Si bien éste no era uno de los objetivos iniciales del proyecto, pensamos que sería un aspecto a solucionar dentro de la optimización de los procesos derivados de la realización de un estudio de TC.

En cuanto a la continuidad del proyecto, creemos de interés seguir cumplimentando en el futuro la hoja de registro de reacciones adversas al contraste. Además, seguiremos evaluando la calidad de las exploraciones para modificar nuevamente, si es necesario, los parámetros de lo protocolos incluidos en el aparato de TC con el fin de obtener estudios óptimos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1394 ========== ***

Nº de registro: 1394

Título
MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACION DE LA TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA EN EL HOSPITAL DE JACA

Autores:
MONTEJO GAÑAN INMACULADA, MARQUINA MARTINEZ DIANA, LACASTA VIVAS CARLOS MARIA, HERNANDO ARDANAZ EDUARDO, ALMEIDA ESCARTIN NURIA, ROCA CAMPO MIRIAM, RAUSELL MINGOTES PILAR, CALLEN GARCIA OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Diagnóstico y seguimiento de múltiples patologías (oncológicas, infecciosas, quirúrgicas...)
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La tomografía computarizada (TC) es una de las técnicas de imagen que mayor evolución tecnológica ha experimentado en los últimos tiempos, y por tanto, una de las más utilizadas actualmente tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de múltiples patologías.

En febrero de 2019 se puso en funcionamiento por primera vez un equipo de TC multidetector en el Hospital de Alta Resolución del Pirineo de Jaca, lo cual supuso la puesta en marcha de un complejo proceso organizativo.

La formación del personal implicado en la realización de estas exploraciones es crucial para obtener estudios óptimos, preservando a la vez la máxima seguridad del paciente, ya que estos aparatos utilizan radiaciones ionizantes y en ocasiones, es necesaria la administración de contrastes yodados, con el consiguiente riesgo de reacción alérgica.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1394

## 1. TÍTULO

### MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LAUTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DELHOSPITAL DE JACA

Por todo ello, y dadas las dificultades surgidas en los inicios de este proceso, consideramos importante establecer el protocolo a seguir para la realización de una exploración de TC, incluyendo la canalización adecuada de las peticiones, la preparación del paciente para la prueba y, por último, la realización de la misma de manera óptima.

Por otro lado, es crucial también el ajuste adecuado y progresivo de los distintos tipos de exploración en el aparato de TC, con el fin de obtener exploraciones de calidad en condiciones de máxima seguridad para el paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Establecer el proceso de canalización de las peticiones tanto urgentes como programadas de los estudios de TC, con el fin de que éstos sean realizados e informados en un período de tiempo adecuado.

2. Estandarizar y optimizar los distintos tipos de estudios en el aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen… ) para facilitar el aprendizaje del personal encargado de realizar las exploraciones y obtener estudios de la alta calidad.

3. Definir y difundir entre el personal implicado la pauta de actuación en caso de reacción adversa al contaste yodado para garantizar la seguridad del paciente.

4. Conocer la demanda de estudios de TC en el Hospital de Jaca, con la finalidad de planificar la actividad del equipo de TC.

MÉTODO
1.- Elaboración de un protocolo que recoja el proceso a llevar a cabo para el correcto funcionamiento de una unidad de TC.

2. Elaboración de un circuito de canalización de peticiones de TC urgentes/ no urgentes .

3. Análisis de los protocolos de exploración del aparato de TC (cráneo, tórax, abdomen…) y optimización de los mismos.

4. Análisis de las deficiencias observadas en la técnica de los estudios (colocación del paciente, administración de contraste…) y subsanación de las mismas.

5. Realización de sesiones formativas/reuniones con el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico.

6. Registro del número de estudios realizados procedentes de cada especialidad médica.

7. Elaboración y divulgación del protocolo de actuación ante reacción adversa al contraste yodado.

8. Registro de efectos adversos atribuibles a la administración de contraste yodado intravenoso.

9. Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora.

INDICADORES
1. Porcentaje de peticiones de TC urgente que siguen el circuito establecido. (Nº de peticiones urgentes que siguen el circuito establecido/Nº total de peticiones x 100). Estándar > 90%.

2. Porcentaje de peticiones de TC programado (no urgente) que siguen el circuito establecido. (Nº de peticiones no urgentes que siguen el circuito establecido/Nº total de peticiones x 100). Estándar > 90%.

3. Porcentaje de protocolos de exploración del aparato de TC optimizados. (Nº de protocolos de TC mejorados/ Nº total de protocolos x 100). Estándar > 90%.

4. Porcentaje de estudios repetidos por errores/problemas técnicos. (Nº de estudios repetidos/número de estudios realizados x 100). Estándar <1%.

DURACIÓN
Línea de mejora que engloba a los servicios de Radiodiagnóstico del Hospitales de Jaca y San Jorge.

Fecha de inicio: 1 mayo 2019
Fecha finalización: 1 mayo 2020.

1.- Elaboración de un protocolo que incluya las múltiples actividades y procesos a llevar a cabo para el correcto funcionamiento de una unidad de TC. Mayo 2019.
2.- Realizar sesiones formativas/reuniones con el personal sanitario del servicio de Radiodiagnóstico. Mayo 2019 – mayo 2020.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1394

## 1. TÍTULO

### MEJORA DE LA EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD EN LAUTILIZACIÓN DEL APARATO DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DELHOSPITAL DE JACA

3.- Registrar el número de estudios realizados procedentes de las distintas especialidades médicas. Mayo 2019 – mayo 2020.
4.- Elaboración de un protocolo de actuación ante reacción adversa al contraste yodado iv. Mayo 2019.
5. Registrar efectos adversos atribuibles a la administración de contraste yodado iv. Mayo 2019- mayo 2020.
6.- Análisis de los datos y propuesta de nuevas líneas de mejora. Mayo 2020.

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 - 2019/0213

## 1. TÍTULO

## DESARROLLO DE INFORMACIÓN ANTES DE LA RECEPCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO JOSE GARCIA ROMERO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE BADIA ESTEFANIA
URRUTIA DIEZ AMAIA
MANAU OMEDES CRISTINA
GARCES PEIRON ANA
EZQUERRA HERRANDO LAURA
MORALES BALIEN SANTIAGO
PANIEGO LOPEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actividades realizadas y material elaborado.
? Se establece un guión de contenidos de taller de adquisición de destrezas que se impartirán a los pacientes y familiares.
? Elaboración de de una presentación de apoyo a las charlas y taller
? Elaboración de una guia informativa y de consejos para entregar a los pacientes y familiares.
? Diseño de un cuestionario de valoración de la charla/taller por parte de los pacientes y familiares que sirve de base para establecer los indicadores del proyecto.

.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
1. OBJETIVO:
Incrementar la información del paciente respecto a la intervención de que va a ser objeto,
INDICADOR: % de pacientes que manifiestan un mayor conocimiento la I. Quirúgica.
Estandar: 100%, RESULTADO::100%.
2.OBJETIVO:
Minimizar miedos por desconocimiento o prejuicios del paciente ante su IQ. y predisponer de forma positiva al paciente y familiares ante la IQ.
INDICADOR: % de pacientes que manifiestan más optimismo y tranquilidad antes de su IQ.
Estandar: 80%, RESULTADO: 90%
3.OBJETIVO.
Mejorar el estado físico del paciente antes de la IQ.
INDICADOR: % que incrementan su fuerza y resistencia muscular en EEII.
Estandar: 75% RESULTADO:80%
4.OBJETIVO.
Adquisición de destrezas que ayudarán en el proceso de rehabilitación
INDICADOR: % de pacientes que aprenden el manejo de muletas y ejecución de ejercicios de RHB.
Estandard: 90% RESULTADO: 100%
5.OBJETIVO.
Proporcionar al paciente consejos para realizar las Actividades de la Vida Diaria tras la IQ
INDICADOR: % de pacientes y familiares que consideran útiles los consejos para las AVD
Estandar: 100%, RESULTADO: 100%
6.OBJETIVO.
Buscar la satisfacción global del paciente respecto a la actividad.
INDICADOR.% de pacientes que se muestran satisfechos o muy satisfechos con la actividad.
Estandar 80% RESULTADO 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El conjunto de actividades desarrolladas ha alcanzado los objetivos previstos. Se valora de forma positiva por parte de pacientes y familiares la actividad realizada, especialmente en la adopción de una actitud protagonista y proactiva ante su IQ y rehabilitación.
El coste de la actividad, exceptuando el tiempo empleado por el equipo de mejora y el destinado al desarrollo de la charla/taller es nulo ya que se emplean recursos propios del hospital y el beneficio percibido por el paciente, familiares y profesionales es significativo

La consolidación de la actividad y darla a conocer entre el resto de profesionales implicados en esta IQ queda pendiente para el siguiente ciclo de mejora.
La revisión de la memoria intermedia por parte de la unidad de calidad del sector ha sido de gran ayuda a la hora de establecer correctamente los objetivos en indicadores del proyecto.

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0213

## 1. TÍTULO

## DESARROLLO DE INFORMACIÓN ANTES DE LA RECEPCIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA EN EL HOSPITAL SAN JORGE

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/213 ========== ***

Nº de registro: 0213

Título
DESARROLLO DE INFORMACION ANTES DE LA RECEPCION DE PROTESIS DE RODILLA EN EL H SAN JORGE%

Autores:
GARCIA ROMERO ANTONIO JOSE, LATORRE BADIA ESTEFANIA, URRUTIA DIEZ AMAIA, MANAU OMEDES CRISTINA, GARCES PEIRON ANA, EZQUERRA HERRANDO LAURA, MORALES BALIEN SANTIAGO, PANIEGO LOPEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un creciente número de pacientes son atendidos anualmente en este Hospital para recibir prótesis de rodilla en intervenciones programadas, consideramos que el establecimiento de una charla o sesión de acogida previa al procedimiento incrementará la información del paciente respecto a la intervención de que va a ser objeto, ayudando a minimizar miedos y predisponer al paciente de forma positiva al preoperatorio, así como dar a conocer destrezas que le ayudarán en el proceso de rehabilitación.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un guión y desarrollar un calendario de sesiones informativas destinadas a los pacientes que serán intervenidos de prótesis de rodilla en fechas posteriores.

MÉTODO
Consensuar dentro del equipo de mejora una estructura y contenidos que conformarán la sesión informativa a la que acudirán los pacientes.

INDICADORES
Se establece un guión y contenidos consensuados por el equipo de mejora (SI)
Se establece un criterio para desarrollar un calendario flexible de la impartición de las sesiones (SI)
Se desarrollan las charlas con arreglo al calendario (SI)
Se diseña un cuestionario de satisfacción a los pacientes (SI)

DURACIÓN
El proyecto se desarrollará a lo largo de 2019, estableciendo el guión y estructura de la charla, así como los criterios de establecimiento del calendario de desarrollo

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 - 2019/1352

## 1. TÍTULO

**INFORMATIZACIÓN DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JORGE AZANZA PARDO
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AUDINA BENTUE MARIA TERESA
ABOS NAVARRO IXEA
ELBOJ SASO MARIA SALAS
GRACIA SEN MARIA DEL CARMEN
ALBAS TIERZ NURIA
VIÑUALES PEREZ SANTIAGO
CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El proyecto ha sido llevado a cabo en su totalidad, cumpliendo los plazos establecidos. En las reuniones se valoró las distintas formas de poder gestionar y registrar el número de pacientes que se atienden en el servicio de electroterapia. Finalmente se vio que la opción más viable era la de llevar a digital el trabajo de gestión que se venía haciendo de forma manual, reproduciéndolo de la forma más fiel posible. Por su buen ajuste a las necesidades, se elaboró un libro en formato Excel, que en sus distintas hojas registrase aquellos aspectos necesarios, tanto de los pacientes en lista de espera, como los que ya se encuentran en tratamiento y se programaron las macro necesarias para automatizar en gran medida la gestión. Además, el mero hecho de la incorporación de un ordenador, ha permitido reducir tiempos innecesarios de búsqueda, acceso más rápido a información del paciente y mejorar la coordinación con el resto de servicios de la unidad de Rehabilitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Atendiendo a los indicadores planteados en un principio, que buscaban medir el grado de implantación del proyecto y satisfacción por parte de los trabajadores, podemos decir, que la implantación del proyecto es total. El número de pacientes gestionados de forma informática es del 100%. Y que el grado de satisfacción alcanza un 90%, según las encuestas realizadas, (cumplimentadas en un 100% con respecto al total de encuestas entregadas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El paso del papel al ordenador, siempre lleva un proceso de acomodación que se da de manera diferente según el usuario, por eso buscar similitudes y una reproducción similar al proceso que se venía realizando parece lo más idóneo. Pero pese a esa adaptación, que ya se ha producido, las ventajas de tener un acceso prácticamente inmediato a la información requerida es fundamental para evitar tiempos “perdidos”, mejorar la distribución de los pacientes y gestión de tiempos de tratamiento, y proporcionar mejor lectura y claridad de los datos.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1352 ========== ***

Nº de registro: 1352

Título
INFORMATIZACION DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
AZANZA PARDO JORGE, AUDINA BENTUE MARIA TERESA, ABOS NAVARRO IXEA, ELBOJ SASO MARIA SALAS, GRACIA SEN MARIA DEL CARMEN, ALBAS TIERZ NURIA, VIÑUALES PEREZ SANTIAGO, CLAVER RODRIGUEZ SOLEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1352

## 1. TÍTULO

**INFORMATIZACIÓN DE REGISTROS, MEJORA AL ACCESO DE INFORMACIÓN DE LOS PACIENTES DE ELECTROTERAPIA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA**

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

PROBLEMA
La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de una gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información.
La gestión de los usuarios del servicio de electroterapia en Rehabilitación, se realiza en gran parte de forma manual, con anotaciones y múltiples registros que permiten el control tanto de aquellos usuarios que están en proceso de tratamiento, como de aquellos que se encuentran en lista de espera, préstamo de dispositivos, etc. El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información.
Lo que se pretende mediante la informatización de estos registros es una serie de ventajas como pueden ser: facilitar la gestión, distribución y localización de los pacientes, mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.
La presencia de ordenador y la informatización de los registros en el servicio de electroterapia permitirá mejorar el control de acceso a electroterapia y mejorar la coordinación entre servicios de la unidad para aquellos usuarios que tienen varios tratamientos de forma simultánea (cinesiterapia, terapia ocupacional).

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención al paciente y aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
- Mejorar la distribución de los pacientes y gestión de tiempo.
- Mayor implicación por parte de los profesionales en la organización del servicio.

MÉTODO
- Revisión y valoración de las distintas opciones organizativas.
- Diseño de los distintos elementos de gestión/registro de pacientes y dispositivos.
- Elaboración de encuesta de satisfacción. Puesta en práctica.

INDICADORES
Realizar al menos 4 reuniones anuales
Encuesta de satisfacción. Estandar: 80%

DURACIÓN
Se prevé realizar el proyecto a lo largo de 2019:
Abril diseño del proyecto
Mayo distintas reuniones entre los miembros del proyecto
Junio, diseño de registros.
Octubre, puesta en marcha
Noviembre, revisión e implantación definitiva.

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 - 2019/0877

## 1. TÍTULO

**MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LAUNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DEHUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS**

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL DOLOR
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION PAREJA JUAN CARLOS
SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE
VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL
VERA BELLA JORGE
CIRIA LAGUARTA GEMMA
DE MUR LAPLANA LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales. Durante la consulta médica se transmitirá de manera verbal al paciente de manera comprensible y adecuada a sus necesidades. Así mismo, se le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
Por otra parte, todo paciente tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud de forma gratuita1
.
Hasta el momento actual, se han ido realizando los informes clínicos en formato Word sin que otras especialidades puedan tener acceso a la información aportada desde la Unidad del Dolor Crónico. Es por este motivo por el que se ha planteado el iniciar la realización de los informes solicitados por los pacientes a través de la Historia Clínica Electrónica, de forma que todos los informes tengan un formato similar con un contenido mínimo de información y que se tenga acceso a la información desde cualquier hospital de Aragón.
Para la puesta en marcha de este Proyecto se ha contacto con el Servicio de Documentación Clínica para conocer el número de solicitudes de informes realizados a la Unidad del Dolor durante el 2018 y el número de informes realizados durante dicho año. El número de informes solicitado fue de 55 durante el 2018 y se realizaron 25, es decir un 45,45% de las peticiones de informes fueron hechas. De todos estos informes, ninguno fue realizado en Historia Clínica Electrónica (HCE) de manera que nadie excepto el paciente tenía acceso a la información acerca de la intervención médica realizada en la Unidad del Dolor de San Jorge.

A partir de estos datos se propone el realizar el 30% de los informes en HCE con fecha de 1 de enero de 2019 y fecha final 31 de diciembre de 2019. El objetivo principal de este proyecto es el facilitar una información básica del proceso asistencial de los pacientes que lo solicitan y facilitar el acceso a la misma a cualquier facultativo relacionado con el proceso.
Para ello se realizan varias reuniones con todos los integrantes de la Unidad del Dolor del H.S.J. donde se establece que la enfermera realiza la recepción de la solicitud del informe, localizará la historia clínica del paciente e informará al facultativo que ha valorado al paciente para que realice dicho informe. Cada facultativo realizará el informe siguiendo la platilla que existe en HCE de manera que los informes tengan un formato similar.

1 Artículo 22. Emisión de certificados médicos. Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El número de informes solicitados durante el 2019 ha sido de 83. Tenemos que tener en cuenta que del año 2018 quedaban 30 solicitudes de informe, es decir un total de 113 solicitudes. Durante el año 2019 se han realizado 66 informes, lo que supone un 58,40% del total de las solicitudes pendientes (66/113). De los informes realizados, 47 se han hecho en HCE es decir el 71,21% (47/66).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El objetivo de informatizar y estandarizar la realización de los informes médicos solicitados a los diferentes facultativos de la Unidad del Dolor del Hospital de San Jorge, así como mejorar la accesibilidad a la información de los pacientes se ha conseguido en un 71,21%. Este porcentaje de informes ha sido realizado en HCE.

Con este proyecto, se pretende una mejora en la comunicación entre las distintas especialidades que participan en los procesos de la Unidad del Dolor y facilitar al paciente una información básica acerca de la evolución de su proceso.
Una vez puesto en funcionamiento este Proyecto se continuará con la realización de los

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0877

## 1. TÍTULO

**MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LAUNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DEHUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS**

informes en HCE y se utilizará esta herramienta como comunicación entre las diferentes especialidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/877 ========== ***

Nº de registro: 0877

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DE HUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CARRION PAREJA JUAN CARLOS, SANCHEZ JIMENEZ ANGEL ENRIQUE, VILLARROEL PINO ENRIQUE EZEQUIEL, VERA BELLA JORGE, CIRIA LAGUARTA GEMMA, DE MUR LAPLANA LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el momento actual, se realizan los informes clínicos en formato Word sin que otras especialidades puedan tener acceso a la información aportada desde la Unidad del Dolor. Vemos necesario la realización de los informes solicitados por los pacientes a través de la Historia Clínica Electrónica, de forma que todos los informes tengan un formato similar con un contenido mínimo de información y que se tenga acceso a la información desde cualquier hospital de Aragón.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo principal del proyecto consiste en informatizar y estandarizar la realización de los informes médicos solicitados a los diferentes facultativos de la Unidad del Dolor del Hospital de San Jorge, así como mejorar la accesibilidad a la información de los pacientes.
Se realizarán diferentes informes: de atención (en relación a la realización de procedimientos concretos), informes evolutivos del proceso, informes de alta (de la unidad, de hospitalización), informes con planes terapéuticos y recomendaciones en función de las solicitudes de informe realizadas por los pacientes. Se facilitarán una serie de datos mínimos administrativos y clínicos para cada tipo de informe.
Con este proyecto, se pretende una mejora en la comunicación entre las distintas especialidades que participan en el diagnóstico y tratamiento de los procesos dolorosos valorados en la Unidad del Dolor. Así mismo, se facilitará al paciente una información básica acerca de la evolución de su proceso y del manejo terapéutico del mismo.

MÉTODO
Realización de informes médicos en Historia Clínica Electrónica.

INDICADORES
Número de informes realizados en HCE por los facultativos de Unidad del Dolor.

DURACIÓN
Puesta en marcha inmediata del proyecto de mejora. Reuniones entre los miembros de la UTD y Servicio de Admisión y Documentación del Hospital.
Duración de la monitorización de la actividad de mejora, 1 año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0877

## 1. TÍTULO

**MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DE LOS PACIENTES DE LAUNIDAD DEL DOLOR EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JORGE DEHUESCA. ESTANDARIZACION E INFORMATIZACION DE INFORMES CLINICOS**

---

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 - 2019/0854

## 1. TÍTULO

## VIA CLINICA CESAREA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL LOPEZ SANVICENTE
· Profesión ..... MATRONA
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UNIDAD MATERNO-INFANTIL
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OTAL LOSPAUS SILVIA
ZABAU FERMOSELLE JARA
FONCILLAS SANZ BEATRIZ
CARNICER CEBOLLADA MARTA
PEREZ LOURDES
SOBREVIA MARIA JOSE
AGUSTIN OLIVA ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS:

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN DE VÍAS CLÍNICAS DE HOSPITALES DONDE YA SE PONEN EN PRÁCTICA.
-ACTUALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTOS ACTUALES.
-PUESTA EN COMÚN CON EQUIPO DE ENFERMERÍA (MATRONAS Y TCAES).
- PUESTA EN COMÚN CON EQUIPO DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA.
-ELABORACIÓN DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES ENCARGADOS DE LA ASISTENCIA AL PARTO Y POSTPARTO.

ACTIVIDADES PENDIENTES:

-PENDIENTE DE APROBACIÓN POR LA JEFA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA .
-POSTERIORMENTE SE TRASLADARÁ EL PROYECTO A LA COMISIÓN DE PROYECTOS Y CALIDAD ASISTENCIAL PARA LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL MISMO.
-APLICACIÓN CLÍNICA DEL PROYECTO.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO:

- LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO HA TENIDO QUE SER POSPUESTA DEBIDO A LA REESTRUCTURACIÓN DEL SERVICIO MATERNO-INFANTIL DURANTE EL AÑO 2019 Y A LA INCORPORACIÓN DE UN ELEVADO NÚMERO DE PROFESIONALES NUEVOS EN EL SERVICIO, TANTO MATRONAS COMO GINECÓLOGAS.
-LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO ESTABA PREVISTA PARA EL MES DE JULIO Y TRAS LOS PROBLEMAS DESCRITOS PLANTEAMOS SU INICIO EN EL MES DE ABRIL-MAYO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DURANTE ESTE AÑO HEMOS ELABORADO EL DOCUMENTO DE LA VÍA CLÍNICA DE CESÁREA EN BASE A LOS ÚLTIMOS PROTOCOLOS Y RECOMENDACIONES Y LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA LOS PROFESIONALES INVOLUCRADOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-LOS PROFESIONALES NOS HEMOS ACTUALIZADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA E INDIRECTAMENTE LA HEMOS APLICADO EN LA LABOR ASISTENCIAL.
-LA IMPLANTACIÓN DE ESTE PROYECTO ESTÁ RESULTANDO MÁS PROLONGADA DE LO ESPERADO DEBIDO A LOS CAMBIOS ANTERIORMENTE DESCRITOS, PERO UNA VEZ PUESTO EN VIGOR MEJORARÁ LA CALIDAD ASISTENCIAL, AGILIZARÁ EL PASE DE PLANTA, LA REALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS Y SU REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA. -ESTE SISTEMA DISMINUIRÁ LA VARIABILIDAD DEL TRABAJO PROFESIONAL Y MEJORARÁ LA SEGURIDAD CLÍNICA.

7. OBSERVACIONES.
ESTA MEMORIA DE SEGUIMIENTO ESPERAMOS QUE SEA APROBADA PARA CONTINUAR CON SU PUESTA EN MARCHA DURANTE EL AÑO 2020.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/854 ========== ***

Nº de registro: 0854

Título
VIA CLINICA CESAREA

Autores:
LOPEZ SANVICENTE ANA ISABEL, OTAL LOSPAUS SILVIA, ZABAU FERMOSELLE JARA, FONCILLAS SANZ BEATRIZ, CARNICER

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0854

## 1. TÍTULO

## VIA CLINICA CESAREA

CEBOLLERO MARTA, PEREZ LOURDES, SOBREVIA SOBREVIA MARIA JOSE, AGUSTIN OLIVA ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Mujeres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cesárea es una intervención muy frecuente en la asistencia obstétrica. En términos generales en España, ronda el 25% de los partos, siendo un total del 17,9% de los mismos, asistidos en el Hospital San Jorge en el año 2018. Su realización requiere la colaboración multidisciplinar entre obstetras, matronas, anestesistas, enfermería de quirófano y TCAES, que permita desarrollar un adecuado trabajo en equipo y colaboración en las diferentes etapas en las que se desarrolla. Si tenemos en cuenta que las cesáreas pueden ser de carácter programado o desarrollarse en el contexto de un trabajo de parto establecido, que conllevan consecuentemente mayor urgencia y actuaciones más rápidas, parece que resulta preciso, protocolizar la actuación y las responsabilidades particulares de cada uno de los miembros del equipo responsable de la atención de las mujeres, para de esta manera, lograr una óptima asistencia en cualquier situación.
Las vías clínicas pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia, que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. En la actualidad en nuestro centro no disponemos de una vía clínica de cesárea, por ello, consideramos que su elaboración y posterior implantación puede servir como medio para la adquisición de buenas prácticas por todos los profesionales implicados en la asistencia a la mujer que por diferentes causas precisará una cesárea.

RESULTADOS ESPERADOS
- Minimizar la variabilidad de la práctica clínica en lo referente a las indicaciones de cesárea, preparación prequirúrgica de las pacientes y manejo y seguimiento postquirúrgico.
- Identificar las actividades y responsabilidades de los profesionales sanitarios y no sanitarios que van a asistir a las mujeres sometidas a cesárea.
- Elaborar una matriz temporal de todas las actividades.

MÉTODO
- Información a todos los profesionales que participen en la asistencia a la mujer sometida a cesárea, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.
- Se elaborará un borrador de la vía clínica de cesárea, realizado por los profesionales que participen en el proyecto de calidad.
- Se dejará un tiempo para sugerencias y modificaciones del borrador.
- Se acordará la vía clínica definitiva consensuada con todos los miembros del proyecto.
- Se presentará la vía clínica definitiva al coordinador del servicio de obstetricia y ginecología y los demás profesionales que intervienen en la asistencia de las pacientes sometidas a cesárea.
- Se implantará en la práctica asistencial.

INDICADORES
- Encuesta de satisfacción de los profesionales con el uso de la vía clínica de cesárea a los tres meses de su implantación.

DURACIÓN
- Desde Marzo hasta Junio de 2019 se procederá a la elaboración y aprobación de la vía clínica por parte del equipo encargado del proyecto de calidad.
- En Julio de 2019 comenzará su implantación en el Servicio de Ginecología y Obstetricia
- En Octubre de 2019 se recogerán las encuestas de satisfacción de los profesionales encargados de la asistencia al parto y postparto.
- Si los resultados de dichas encuestas han sido favorables, se procederá a su implantación definitiva a partir de Noviembre- Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados
---
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0854

## 1. TÍTULO

### VIA CLINICA CESAREA

```
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 - 2019/0544

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN SANCHEZ PUERTOLAS
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN ACERO ANA ROSA
PEREZ CLAVIJO GRETEHEL
CUARTERO CUENCA BERTA
CAÑARDO ALASTUEY CLARA
MUÑOZ PINTOR MANUEL
ALTEMIR TRALLERO JARA
RODRIGUEZ LEON ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ELABORACIÓN DEL PROCESO Y PROTOCOLO, DURANTE EL AÑO 2019. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TEMA Y OTROS PROTOCOLOS PUBLICADOS. SESIONES CLÍNICAS SOBRE CASOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADOS: mejor control de la glucemia en los pacientes atendidos en el servicio de Urgencias.
IMPACTO: unificación de criterios médicos entre los FEA de SU para el control de la glucemia en los pacientes atendidos.
INDICADORES:
1.- Determinación precoz de glucemia capilar en pacientes en riesgo de padecer hiperglucemia
• Dimensión: Riesgo. Efectividad
• Fórmula: Nº Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) en riesgo de padecer hiperglucemia (pacientes diabéticos, pacientes no diabéticos con cuadros clínicos que pueden desencadenar hiperglucemias: sepsis, accidente cerebro vascular (ACV), pacientes en tratamiento con corticoides) a quienes se realiza glucemia capilar en el primer contacto con enfermeria / Nº Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias ( SU) en riesgo de adecer hiperglucemia x 100.
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: 90%
2.- Determinación de glucemia capilar en el triaje en todos los pacientes diabéticos que consultan en el Servicio de Urgencias.
• Dimensión: Riesgo. Efectividad
• Fórmula: Nº Pacientes diabéticos que acuden al Servicio de Urgencias ( SU) a quienes se realiza glucemia capilar en el primer triaje / Nº Pacientes diabéticos que consultan en el SU x 100.
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: 90%
3.- Determinación precoz de la glucemia capilar en los pacientes diabéticos en tratamiento con insulinoterapia en el Servicio de Urgencias que presentan alteración de su estado clínico.
• Dimensión: Riesgo. Efectividad. Seguridad
• Fórmula: Nº Pacientes diabéticos en tratamiento con insulinoterapia en el Servicio de Urgencias que presentan alteración de su estado clínico a quienes se realiza glucemia capilar precoz / Nº Pacientes diabéticos en tratamiento con insulinoterapia en el Servicio de Urgencias que presentan alteración de su estado clínico x 100.
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: 90%
4.- Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge.
• Dimensión: Efectividad
• Fórmula: Nº Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias ( SU) con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge / Nº Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias ( SU) con hiperglucemia x 100.
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: 85%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aceptación por parte del equipo de SU para la puesta en marcha del protocolo, y con ello un mejor control glucémico de los pacientes atendidos en el SU. Se irán realizando sesiones clínicas para formación continuada

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0544

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE**

y resolver dudas.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/544 ========== ***

Nº de registro: 0544

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

Autores:
SANCHEZ PUERTOLAS ANA BELEN, MILLAN ACERO ANA ROSA, PEREZ CLAVIJO GRETEHEL, CUARTERO CUENCA BERTA, CAÑARDO ALASTUEY CLARA, ALTEMIR TRALLERO JARA, RODRIGUEZ LEON ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hiperglucemia es una situación metabólica muy prevalente en los Servicios de Urgencias (SU). Sin embargo, con frecuencia es considerado un evento accesorio más que una enfermedad en sí misma, siendo frecuente la inercia no terapéutica debida en gran medida a la escasa familiarización de los profesionales sanitarios con su manejo. El reconocimiento del impacto de la hiperglucemia en la morbimortalidad y costes de los pacientes hospitalizados también es creciente, observando que la hiperglucemia, además de ser un marcador de gravedad, conlleva importantes efectos adversos que influyen en el pronóstico, incluido el incremento de la mortalidad, de las tasas de infección y estancia hospitalaria. En los últimos años el manejo de la hiperglucemia ha adquirido una especial relevancia y se han establecido recomendaciones que sugieren que el objetivo de glucemia durante el ingreso hospitalario debería ser el de la normoglucemia.
Por ello creemos conveniente la realización de esta guía que recogerá las recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, para contribuir a la mejora de la calidad asistencial de los pacientes con hiperglucemia, promoviendo un manejo unificado y protocolizado de los mismos, encaminado a conseguir un control metabólico óptimo que lleve a la mejoría de diversos ítems de morbimortalidad asociados a la hiperglucemia.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar un protocolo de manejo de la hiperglucemia en el SU para mejorar el control glucémico, tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos conocidos con hiperglucemia.
- Aplicar la metodología de la mejora continua de la calidad en el tratamiento insulínico de pacientes con diabetes o hiperglucemia en el SU.
- Reducir la aparición de hipoglucemias en pacientes sometidos a insulinoterapia en el SU.
- Disminuir el número de hiperglucemias en pacientes que reciban tratamiento con glucocorticoides en el SU.

MÉTODO
Elaborar un protocolo de manejo de la hiperglucemia en el paciente atendido en el SU por cualquier motivo, unificando criterios de actuación.

INDICADORES
1.- Determinación precoz de glucemia capilar en pacientes en riesgo de padecer hiperglucemia
- Dimensión: Riesgo. Efectividad
- Fórmula: Nº Pacientes que acuden al SU en riesgo de padecer hiperglucemia a quienes se realiza glucemia capilar en el primer contacto con enfermería / Nº Pacientes que acuden al SU en riesgo de padecer hiperglucemia x 100
- Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
- Tipo: Proceso

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0544

## 1. TÍTULO

### IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE

- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 90%

2.- Determinación de glucemia capilar en el triaje en todos los pacientes diabéticos que consultan en el SU.
- Dimensión: Riesgo. Efectividad
- Fórmula: Nº Pacientes diabéticos que acuden al SU a quienes se realiza glucemia capilar en el primer triaje / Nº Pacientes diabéticos que consultan en el SU x 100
- Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 90%

3.- Determinación precoz de la glucemia capilar en los pacientes diabéticos en tratamiento con insulinoterapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico
- Dimensión: Riesgo. Efectividad. Seguridad
- Fórmula: Nº Pacientes diabéticos en tratamiento con insulinoterapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico a quienes se realiza glucemia capilar precoz / Nº Pacientes diabéticos en tratamiento con insulinoterapia en el SU que presentan alteración de su estado clínico x 100
- Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.
- Estándar: 90%

4.- Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge
- Dimensión: Efectividad
- Fórmula: Nº Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia y son tratados de acuerdo con las recomendaciones del Protocolo de Actuación para el Manejo de la Hiperglucemia en el SU del Hospital San Jorge / Nº Pacientes que acuden al SU con hiperglucemia x 100
- Población: Pacientes atendidos en el SU en el periodo revisado.
- Tipo: Proceso
- Fuente de datos: Documentación y registro del SU.

Estándar: 85%

DURACIÓN
Realización del protocolo en el tercer trimestre de 2019, implantándolo en el primer trimestre de 2020

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 - 2019/0730

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DAVID R MEJIA ESCOLANO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLER ALLUE SANDRA
APARICIO JUEZ LARA
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
SERRA PUYAL BEATRIZ
GALLEGO LLORENS ROSA
ALVAREZ CORTES MARINA
MOYANO LEDESMA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El grupo de mejora se reunió por primera vez en mayo de 2019 donde se debatió que objetivos queriamos que cumpliese el protocolo del colico renal orientado al ambito de la urgencia
Una vez ratificado el objetivo principal y que motivo la creación de este grupo de mejora, se repartió el trabajo por especialiddes y se emplazó al equipo para septiembre 2019 tras la busqueda bibliografica, basado en la guia europea y amaerica na de urologia.
En septiembre de 2019 una vez reuinido el grupo de mejora se procedió a la puesta en comun y debate de los diferentes apartados.
Se emplazó a la responsable de Calidad del servicio de Urgencias para que valorase el proceso.
Con las aportaciones realizadas por la responsable de Calidad, en noviembre de 2019 el equipo de mejora se reunió para puesta en comun de los cambios planteados y dar por finalizado el procedimiento del colico en urgencias.
En diciembre de 2019 se envió el procedimiento a los diferentes Jefes de Servicio implicados en el proceso para que lo validasen.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de un protocolo de atencion de paciente con colico renal en un servicio de urgencias.
Se ha elaborado una hoja de recomendaciones al alta de urgencias para el paciente, donde se indica que es un colico de riñon y cuales son los sintomas de gravedad para que los tenga en cuenta y los pueda detectar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión de la bibliografia existente tanto europeas como americanas nos ha permitido darnos cuenta que actos que realizabamos de manera rutinaria no tenian el mejor nivel de evidencia posible. Con este protocolo se pretende estandarizar el proceso en todo el servicio de urgencias.
El trabajo en equipo con otras especialidades y categorias sanitarias, permite ver y ponernos en el lugar de otros compañeros ante la asistencia de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/730 ========== ***

Nº de registro: 0730

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
MEJIA ESCOLANO DAVID, MONTOLIO RODRIGUEZ LAURA, SOLER ALLUE SANDRA, APARICIO JUEZ LARA, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, SERRA PUYAL BEATRIZ, GALLEGO LLORENS ROSA, CUARTERO CASIN CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

## 1. TÍTULO

### IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

---

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

PROBLEMA
El cólico renal es un cuadro clínico secundario a una obstrucción ureteral aguda, parcial o completa, en la mayoría de los casos secundaria a un calculo o litiasis que provoca distensión aguda en el sistema colector.
Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias, y constituye el motivo más frecuente de asistencia urgente dentro del ámbito urológico (2-5 % de las urgencias hospitalarias). Por la brusquedad de su aparición, la intensidad del dolor y el quebrantamiento general que provoca, es una verdadera urgencia médica.
En el servicio de Urgencias del H. San Jorge de Huesca tenemos una prevalencia de 1,5% de media en los últimos 7 años.
Como factores favorecedores están los meses cálidos, a primera hora de la mañana, ser hombre blanco de 30 a 50 años.
Es una causa muy importante de morbilidad y, aunque el fracaso renal por su causa es poco frecuente, origina un importante sufrimiento para el paciente y un elevado coste socioeconómico.
A pesar de su elevada incidencia, diferentes estudios han demostrado la gran variabilidad clínica a la hora del diagnóstico y el tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Optimizar la atención del paciente que consulta por cólico renal en el Servicio de Urgencias, con un rápido y eficaz control del dolor siguiendo las guías de práctica clínica existentes.
- Definir las indicaciones para la realización de las pruebas complementarias.
- Definir la estrategia a seguir en el caso del cólico renal complicado.
- Definir los criterios de derivación a Consultas Externas de Urología.

MÉTODO
Se realizará una guía para la atención de los pacientes con cólico renal que consultan en el Servicio de urgencias,
en la que conste los criterios diagnósticos de cólico renal simple y complicado, las pruebas complementarias a realizar con sus indicaciones, tratamientos, así como los criterios de alta a domicilio, interconsulta con el Servicio de Urología, ingreso hospitalario y de control en consulta de Urología.
Se realizará la guía para la atención de estos pacientes entre Abril y Junio de 2019, poniéndola en conocimiento del
personal del Servicio de Urgencias en el tercer trimestre de 2019, para su implantación definitiva en el último trimestre de dicho año.

INDICADORES
1) Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las
recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias
• Dimensión: Efectividad
• Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y son tratados de acuerdo con las recomendaciones de la Guía para la atención del paciente con cólico renal en Urgencias x 100
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: 90%
2) Retraso en el tratamiento de los pacientes con cólico nefrítico
• Dimensión: Efectividad
• Fórmula: No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal y triaje II en que se demora la administración de tratamiento analgésico más de 15 minutos / No Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias (SU) con clínica de cólico renal x 100
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: 20%
3) Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les realiza ecografía abdominal
• Dimensión: Efectividad
• Fórmula: No Pacientes con criterios de cólico renal complicado a los que se les ha practicado ecografía abdominal
y/o TAC / No Pacientes con criterios de cólico renal complicado x 100
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: > 95%
4) Pacientes atendidos en el SU con el primer episodio de cólico renal que son citados a Consultas Externas

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0730

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UNA GUIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON COLICO RENAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

de
Urología
• Dimensión: Efectividad
• Fórmula: No Pacientes con primer episodio de cólico renal citados a consulta externa de Urología / No Pacientes con primer episodio de cólico renal atendidos en Urgencias
• Población: Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en el periodo revisado.
• Tipo: Proceso
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias.
• Estándar: 90%

DURACIÓN
Se pretende iniciar las actividades en abril y terminarlas a finales del año 2019.
Elaboración de una guía de actuación ante el cólico renal en urgencias.
Los responsables de la implantación son los participantes del proyecto de mejora que una vez elaborada la guía darán
a conocer a los diferentes servicios implicados.

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 - 2019/1466

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... REBECA TEJEDOR MENDEZ
· Profesión ..... MIR
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO MORTE JONATAN
URBANO PANADERO BEATRIZ
ORTEGA ORTEGA BELEN
GIMENO GARCIA BEATRIZ
TORRES CABRERO RAQUEL
CORTES IZAGA MARIA
SIRERA SUS MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El equipo de mejora se reunió por primera vez en Abril de 2019 donde se debatió que objetivos queríamos que cumpliese la guía dirigida a los futuros residentes que llegaran al H. San Jorge. Una vez ratificado el objetivo principal y que motivo la creación de este grupo de mejora, se repartió el trabajo y se emplazo al equipo para junio 2019 tras la búsqueda bibliográfica.

En junio de 2019 se volvió a reunir el equipo de mejora y una vez analizada la bibliográfica existente se definieron las partes en la que se iba a componer la guía, se repartió el trabajo en 4 equipos.

En septiembre de 2019 el equipo se reunió para puesta en común y evaluar el trabajo realizado hasta dicho momento y se emplazó a realizar los cambios que se consideraron oportunos.

En noviembre de 2019, la guía fue enviada a la Responsable de Calidad y Coordinador del Servicio del Servicio de Urgencias que aportaron las modificación que consideraron oportunas.

En diciembre de 2019, se procede a la emisión definitiva de la guía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de una guía de acogida e información a los Médicos Internos Residentes (MIR), que realizan atención continuada en el Servicio de Urgencias en formato digital.

La guía ha sido editada en formato digital para ser entregada a los residentes que actualmente realizan la atención continuada en el S. Urgencias del H. San Jorge de Huesca.

Se va a buscar financiación institucional para la edición e impresión de la misma y poder proporcionarla a los nuevos residentes del año 2020.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La revisión de las guías publicadas nos ha permitido la realización de nuestra propia guía de acogida al residente, evaluando las necesidades que se tienen los primeros días cuando empiezas la residencia, poniendo en un documento las normas de funcionamiento y organización tanto del Servicio de Urgencias como del resto del hospital.

Esta guía debe ser un instrumento vivo dispuesto para ser modificado por promociones venideras, ya sea porque haya aspectos que no estén reflejados o porque la evolución de la organización del servicio y/o hospital se vea modificada.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1466 ========== ***

Nº de registro: 1466

Título
IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Autores:
TEJEDOR MEDEZ REBECA, ALONSO MORTE JONATAN, URBANO PANADERO BEATRIZ, ORTEGA ORTEGA BELEN, GIMENO GARCIA BEATRIZ, TORRES CABRERO RAQUEL, CORTES IZAGA MARIA, SIRERA SUS MARIA PILAR

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1466

## 1. TÍTULO

## IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Ambos sexos
Edad .....: Todas las edades
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dada la experiencia por parte de residentes de otros años y la nuestra propia, consideramos necesario una guía de acogida en el servicio de Urgencias que facilite la adaptación en los primeros momentos del primer año de residencia. Esta guía tiene una finalidad orientativa, pretende proporcionar una información básica inicial sobre las normas y organización del servicio y del hospital, la coordinación con otros servicios y especialidades, las actividades docentes que se llevan a cabo y el funcionamiento general de la unidad.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo es realizar una guía de acogida e información para todos los residentes de primer año, que vayan a realizar guardias o una rotación en el servicio de Urgencias del Hospital San Jorge de Huesca.
Con ello se espera conseguir una mejor adaptación del residente de primer año que será evaluada con una encuesta de satisfacción.

MÉTODO
- Reuniones del equipo de mejora
o Una primera reunión inicial para acordar los puntos clave que deben estar contenidos en la guía (índice) y distribuir el trabajo para desarrollarlos.
o Posteriores reuniones, aproximadamente cada 2 meses, para poner en común lo elaborado, valorar los avances y realizar correcciones si fueran necesarias.
- Revisión sistemática de las guías que existan y que sirvan de base para elaborar la guía.
- Realizar una sesión de presentación de la guía a los nuevos residentes, otorgando un ejemplar de la misma.
- Realización de una encuesta inicial y final para valorar grado de satisfacción y así recibir un feed-back con las opiniones de quienes han recibido esta guía.
- Se prevé la finalización de la guía en un plazo de 6 meses.
- Se precisará la impresión de 20 guías.

INDICADORES
1) Existencia de una guía de acogida e información a los Médicos Internos Residentes (MIR), que realizan atención continuada en el Servicio de Urgencias
• Dimensión: Satisfacción.
• Fórmula: Existencia del protocolo SI/NO
• Explicación de términos: La Guía de acogida e información debe reunir la información necesaria para que el MIR pueda desempeñar correctamente su trabajo en el Servicio de Urgencias
• Población: Protocolos de Servicio de Urgencias
• Tipo: Estructura
• Fuente de datos: Censo de protocolos de Servicio de Urgencias
• Estándar: Si
2) Conocimiento de la Guía de Acogida e Información a los MIR
• Dimensión: Satisfacción
• Fórmula: Nº MIR que conocen la existencia de la guía de acogida e información/ Nº de MIR que trabajan en el Servicio de Urgencias x 100
• Población: MIR de cualquier especialidad que trabajan en el Servicio de Urgencias
• Tipo: Resultado
• Fuente de datos: Documentación y registro del Servicio de Urgencias. Encuesta de satisfacción. Documentación y registros de la Unidad de Atención al Paciente
• Estándar: > 95%

DURACIÓN
Se iniciará el proyecto en mayo con una duración de 6 meses.
Se finalizará en diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados
---
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1466

## 1. TÍTULO

**IMPLANTACION DE UNA GUIA DE ACOGIDA E INFORMACION A RESIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA**

```
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 - 2019/0719

## 1. TÍTULO

## IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ARACELI BONO ARIÑO
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNE MANERO JOSE MIGUEL
GARCIA RUIZ RAMIRO
CARCELLER TEJEDOR ELENA
CASTILLO JEREZ MARCELA
GARCIA ALARCON JAVIER
FONT CELAYA JAVIER
SUBIAS BARDAJI PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Febrero-marzo 2019: reuniones con urólogos del servicio, enfermeras y auxiliares asignadas a consultas de urología, supervisora de consultas externas, secretaria cuarta planta, jefa y administrativos de citaciones.
- Abril 2019: se designan 3 urólogos responsables de dicha consulta, así como la consulta física a utilizar (consulta número 19 miércoles, jueves y viernes, de 10:00 a 13:00 del Hospital San Jorge de Huesca). Se crea, por el Servicio de Citaciones, la prestación “tumor prostático” y el código 2,68 para identificar y remitir a los pacientes con esa patología a las consultas designadas a tal efecto. Información a los pacientes y Médicos de Atención Primaria de la creación de la consulta especializada.
- En mayo 2019 se comienzan a remitir a la consulta especializa a los pacientes diagnosticados “de novo” y a los ya tratados y en seguimiento por cáncer prostático.
- Octubre 2019 monitorización del proceso, detección de fallos y dificultades, con propuestas de mejora hasta noviembre.
- Implantación definitiva a partir de noviembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Creación de una consulta especializada en Cáncer Prostático. Del 1 de mayo al 31 de diciembre de 2019, 250 pacientes con cáncer prostático han sido revisados en la consulta especializada. La inclusión ha sido progresiva: segundo trimestre: 12 pacientes, tercer trimestre: 58 pacientes y cuarto trimestre: 180 pacientes.
- Cumplimiento con el calendario previsto
- Tiempo desde la finalización del estudio de extensión hasta el procedimiento terapéutico de 28,44 días (criterio establecido en <31 días)
- Pacientes que cumplen el seguimiento/pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales 96,22% (criterio establecido en >90%)
- Pacientes diagnosticados de tumor prostático “de novo” vistos en consulta no especializada/total de pacientes diagnosticados de tumor prostático “de novo” vistos en total 3,26% (criterio establecido en <10%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En 2019 se han realizado 246 biopsias prostáticas, diagnosticándose 81 nuevos cánceres. La asignación rutinaria de los pacientes diagnosticados “de novo” a la consulta especializada ha sido correctamente implantada. La incorporación de los pacientes ya tratados y en seguimiento es progresiva ante la existencia de citas programadas con antelación a la creación de la consulta especializada.
La consulta especializada mejora la atención secuencial y multidisciplinar del paciente afecto de cáncer de próstata.
La extracción de datos es un proceso muy laborioso con riesgo de inducir a errores, hay que entrar en varias páginas de la historia y realizar registros manuales.
RECOMENDACIONES: Solicitar apoyo informático para el acceso a los datos básicos necesarios para el control del proceso.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/719 ========== ***

Nº de registro: 0719

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CANCER DE PROSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0719

## 1. TÍTULO

## IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

SAN JORGE

Autores:
BONO ARIÑO ARACELI, BERNE MANERO JOSE MIGUEL, GARCIA RUIZ RAMIRO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, CASTILLO JEREZ MARCELA, GARCIA ALARCON JAVIER, FONT CELAYA JAVIER, SUBIAS BARDAJI PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El cáncer de próstata es una neoplasia de incidencia creciente y alta prevalencia. En España se detectan 22.000 casos nuevos/año. No hay datos concluyentes sobre si el screening del cáncer de próstata es eficaz para prevenir o disminuir la mortalidad. Es imprescindible el diagnóstico AP del tumor y su clasificación en grupos de riesgo (muy bajo, bajo, intermedio y alto riesgo), que condicionan distintas pruebas de estadiaje y tratamiento. Sabemos el comportamiento poco agresivo de algunos cánceres de próstata y la extremada agresividad de otros. Es imprescindible evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento. El desarrollo de nuevas moléculas que aumentan la supervivencia, constituyen nuevos escalones terapéuticos y provoca cambios continuos en el manejo del tumor.
En nuestro Servicio en 2018 realizamos 211 biopsias prostáticas, diagnosticándose 75 nuevos cánceres, 18 cirugías radicales, 24 cirugías paliativas, 20 pacientes han recibido radioterapia y 16 han entrado en Vigilancia Activa. 106 pacientes reciben bloqueo hormonal y 6 pacientes, resistentes a castración, enzalutamida o abiraterona, tratamientos con un altísimo coste económico.
Actualmente, los FEAs del Servicio de Urología del Hospital San Jorge atienden en Consultas Externas todo tipo de patología, sin diferenciación por grupos de patología excepto dos sesiones de mañana, dedicadas a Tumor vesical. La alta prevalencia e incidencia, su heterogeneidad, complejidad y alto coste económico de los nuevos tratamientos, precisa un gran conocimiento de la enfermedad y una implicación explícita en la actualización continua de conocimientos. La implementación de esta Consulta Especializada mejorará el rendimiento: todos los pacientes recibirán un seguimiento estrecho y preciso, se evitarán tratamientos y estudios innecesarios, ajustando tiempos y pruebas complementarias acordes a sus riesgos de recidiva y/o progresión; todo ello en base a las últimas guías de evidencia clínica.
Los pacientes, al tener de referencia a tres FEAs, se sentirán más cómodos y disminuirá su ansiedad e incertidumbre.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de una Consulta especializada de Urología en pacientes con cáncer prostático, llevada a cabo por tres Facultativos Especialistas del Servicio. Se pretende:
- Mejorar la atención secuencial y multidisciplinar del paciente con cáncer de próstata
- Detectar debilidades y proponer líneas de mejora
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Optimizar el consumo de recursos sobre todo consensuando indicación de pruebas complementarias, tratamientos con intención curativa y paliativa, manejo de pacientes hormonosensibles/hormonoresistentes, y disminuir la frecuentación en las consultas en los casos innecesarios.
- Aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales

Se contactará con Atención Primaria con el objetivo de detectarlo precozmente y tratarlo en fases iniciales, así como para facilitar su seguimiento en determinados pacientes.

MÉTODO
- Tres consultas/semana especializadas en pacientes con cáncer de próstata. A estas consultas se remitirán los pacientes diagnosticados, tratados y en seguimiento por neoplasia prostática. Los pacientes se agruparán por: grupos de riesgo, tipo de tratamiento recibido, ausencia o no de progresión (bioquímica/clínica) de la enfermedad y metastásico/no metastásico
- Tres urólogos de la plantilla estructural del Servicio de Urología del Hospital San Jorge, que serán los encargados de atender esta Consulta.

INDICADORES
Control óptimo: Tiempo a tratamiento y seguimiento. Control de pacientes fuera de seguimiento óptimo según Guías Clínicas y protocolos actuales del Servicio.
-Tiempo a tratamiento: tiempo desde la finalización del estudio de extensión hasta el procedimiento terapéutico (<31 días). Estándar>90%

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0719

## 1. TÍTULO

### IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA EN CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JORGE

-Cumplimiento del seguimiento: Pacientes que cumplen el seguimiento/pacientes en seguimiento no excluidos por condiciones especiales. Estándar>90%
-Evaluación fuera de Consulta Especializada Pacientes diagnosticados de tumor prostático “de novo” vistos en Consulta no especializada/total de pacientes diagnosticados de tumor prostático “de novo” vistos en total. Estándar<10%

DURACIÓN
Duración: permanente e indefinida
Calendario:
-Abril-mayo 2019: organización para adecuar las Consultas ya establecidas a la implantación de dos Consultas especializadas en Cáncer de Próstata
-Junio-julio 2019: se comenzará la derivación de pacientes diagnosticados, tratados y en seguimiento por cáncer de próstata a estas Consultas especializadas
-Monitorización del proceso, identificación de fallos y dificultades, con propuestas de mejoras hasta noviembre de 2019
-Implantación definitiva a partir de diciembre de 2019
-Marzo 2020: valoración de la situación

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 - 2019/1485

## 1. TÍTULO

## OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAMIRO GARCIA RUIZ
· Profesión ..... MEDICO/A
· Centro ..... H SAN JORGE
· Localidad ..... HUESCA
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ..... HUESCA

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARCELLER TEJEDOR ELENA
FONT CELAYA JAVIER
CASTILLO JEREZ MARCELA
APARICIO JUEZ LARA
GARCIA ALARCON JAVIER
PELIGERO DEZA JAVIER
BONO ARIÑO ARACELI

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Marzo-Abril 2019: Partiendo de la formación recibida previamente en vigilancia activa en cáncer de próstata en un programa de formación FOCUSS, analizamos lo aprendido, realizamos una revisión bibliográfica exhaustiva de la última evidencia disponible, analizamos las fortalezas, debilidades y resultados del protocolo vigente, así como los puntos que podrían mejorarse con los recursos disponibles en nuestro centro, qué recursos podrían ser útiles en este contexto y cuales podrían implementarse. Además, nos ponemos en contacto con otros centros de Aragón que hacen vigilancia activa para tener referencias sobre la misma en nuestra comunidad por la posibilidad de pacientes que requieran derivación a otro centro en el futuro y que así exista una continuidad y homogeneidad en el proceso asistencial. Se elabora un borrador de protocolo.
Abril-Mayo 2019: Se contacta con otros servicios implicados en el proceso asistencial del cáncer de próstata y, más concretamente en la vigilancia activa. En concreto, se contacta con el Centro de Diagnóstico por Imagen ya que la resonancia magnética nuclear multiparamétrica resulta fundamental en los pacientes incluidos en esta modalidad de tratamiento. Dada la incorporación al servicio de urología de un nuevo ecógrafo con capacidad de biopsia por fusión (fusionando imagen de ecografía y resonancia previa) un facultativo de ese centro acude al hospital para ver in situ los requerimientos de la técnica y optimizar así las resonancias que se solicitan. Además, se contacta con el servicio de Anatomía Patológica para informar acerca de la remisión de muestras de zonas sospechosas en RMN.
Junio 2019-Enero 2020: Inclusión de pacientes candidatos a vigilancia activa con buena aceptación por parte de los pacientes y familiares, así como del servicio y del resto de servicios implicados.
Enero 2020: Valoración del cumplimiento de objetivos, beneficios generados para el paciente, para la institución, agilidad y operatividad del mismo. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y ajustes/modificaciones de cara al siguiente año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un total de 15 pacientes nuevos han sido incluidos en el protocolo de vigilancia activa actualizado, además se han recuperado 78 pacientes que ya habían sido incluidos en el anterior protocolo desde octubre de 2011 y que hemos de incluir en nuevo protocolo. De estos pacientes, 73 no habían sido sometidos a resonancia magnética nuclear multiparamétrica nunca por lo que creemos que deberemos reclasificar a los mismos utilizando dicha técnica si siguen cumpliendo criterios de vigilancia activa ya que 26 pacientes superan los 75 años y, dado que su esperanza de vida teórica es inferior a 10 años, deberían interrumpir la vigilancia activa para pasar a “Watchful Waiting” (Terapia expectante, tratar sólo complicaciones en caso de que aparezcan). En este momento no disponemos de resultados de los nuevos pacientes ya que la biopsia de confirmación se llevó a cabo a los 6 meses de la inicial por lo que algunos de ellos todavía no han sido sometidos a la misma.
De acuerdo a los indicadores que establecimos en su momento:
- Cumplimiento de protocolo de seguimiento: Se estableció un estándar superior al 90%, en nuestro caso el 100% de los pacientes nuevos incluidos en el mismo, están cumpliendo el protocolo a día de hoy, si bien sólo disponemos de 6 meses de seguimiento por lo que cabe esperar que se reduzca algo este dato. Además, cuando hagamos el análisis contando con los pacientes antiguos, este dato variará.
- Tasa de abandono voluntario: Se fijó un estándar inferior al 20%, del total de pacientes, tan solo 1 (6,7%) decidió abandonar la vigilancia activa a causa de la ansiedad de presentar un tumor y no ser tratado activamente en el momento del diagnóstico. Este dato no creemos que empeore, pues la experiencia con el protocolo previo es excelente y los pacientes procedentes del anterior, no es previsible que abandonen.
- Reclasificación de grupo de riesgo durante el seguimiento: Se fijó un estándar inferior al 20%. Los 15 nuevos pacientes se encuentran pendientes de realización de la biopsia de confirmación a los 6 meses de iniciar esta modalidad terapéutica y será en las siguientes biopsias en las que se podrá valorar este estándar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actualización del protocolo de vigilancia activa resulta fundamental para ofrecer a nuestros pacientes la seguridad clínica que otorga la nueva evidencia en cáncer de próstata de muy bajo riesgo. En este sentido, la colaboración entre los diferentes servicios como entre profesionales de diferente categoría profesional, resulta clave para realizar los cambios necesarios en este sentido y aquellos que están por venir.
La reciente instalación de un sistema de resonancia magnética en nuestro centro, nos obligará a colaborar con los radiólogos del mismo para intentar optimizar los resultados de la misma en el diagnóstico del cáncer de próstata. Además, la estrecha colaboración de nuestro servicio con Anatomía Patológica, junto con el análisis

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1485

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO**

de datos de pacientes que están en vigilancia activa como de aquellos que salen de la misma por progresión, nos van a permitir mejorar nuestras aptitudes en técnica de biopsia, en interpretación de imagen y de interpretación de hallazgos anatomopatológicos.
Es un proyecto que es perfectamente reproducible en otros centros ya que no requiere medios adicionales a un sistema de biopsia convencional e, idealmente, posibilidad de solicitar resonancia magnética nuclear ya sea en el mismo centro o derivar a otros centros de la comunidad.
Como tareas pendientes, nos quedará adaptar a los pacientes del antiguo protocolo al nuevo, sacando del mismo a aquellos que ya no sean candidatos a vigilancia activa por comorbilidad o edad. Además, será necesario estudiar la concordancia de la RMN con los hallazgos de biopsia y, en los pacientes que son sometidos a prostatectomía radical, con los hallazgos en pieza.
No debemos perder de vista, especialmente para garantizar la seguridad clínica en este contexto, que deberemos estar actualizados todos los profesionales implicados para incorporar las constantes novedades que surjan en este campo.

7. OBSERVACIONES.

*** ========== Resumen del proyecto 2019/1485 ========== ***

Nº de registro: 1485

Título
OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA (CP) DE BAJO/MUY BAJO RIESGO (EBR)

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, CARCELLER TEJEDOR ELENA, FONT CELAYA JAVIER, CASTILLO JEREZ MARCELA, APARICIO JUEZ LARA, GARCIA ALARCON JAVIER, PELIGERO DEZA JAVIER, BONO ARIÑO ARACELI

Centro de Trabajo del Coordinador: H SAN JORGE

TEMAS
Sexo .....: Hombres
Edad .....: Adultos
Tipo Patología ....: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:
---
Enfoque .....:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El CP es la neoplasia no cutánea más frecuente en el varón y la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en hombres de países occidentales. El 37 % de los pacientes diagnosticados, presentarán EBR (escasa probabilidad de afectar a la esperanza o calidad de vida del paciente). En estos casos, una estrategia de ttº que podría adoptarse es la vigilancia activa, que consiste en realizar un seguimiento protocolizado del tumor realizando un ttº con intención curativa en el momento que sea necesario, evitando así la morbilidad y el consumo de recursos de dichos ttºs en un período de la enfermedad en el que no son necesarios. En este contexto, resulta fundamental garantizar a los pacientes un seguimiento óptimo para ofrecer una elevada seguridad clínica basada en la identificación de candidatos a ttº activo de forma precoz.

RESULTADOS ESPERADOS
El proyecto se dirige a varones con esperanza de vida estimada > a 10 años y diagnosticados mediante biopsia de próstata de un adenocarcinoma de próstata con características de tumor de muy bajo o bajo riesgo (Estadío T1, Gleason = 6, Nº cilindros afectados = 2, afectación de cada cilindro = 50% o = 3 mm, PSA < 10, PSA densidad < 0,15 ng/ml/cc y ausencia de invasión perineural). Podrían considerarse candidatos de forma individualizada y consensuando la decisión con el resto del servicio, a pacientes con características diferentes a las anteriores, esto es a pacientes con bajo riesgo (Gleason 6 y PSA <10 con 3 o más cilindros afectos o T2a o afectación mayor del 50% de un cilindro) o pacientes con Gleason 3+4 con patrón de 4 inferior a 10%. El objetivo primario es optimizar los recursos disponibles en nuestro centro sin merma en la seguridad clínica de los pacientes incluidos en esta opción de tratamiento. Como objetivos secundarios, hemos considerado establecer un calendario de seguimiento que garantice el objetivo primario, reducir el número de pacientes que se reclasifican a lo largo del seguimiento, aumentar el rendimiento de las biopsias basándonos en los hallazgos de una resonancia magnética previa, aumentar la satisfacción de los pacientes y reducir la ansiedad y la tasa de abandono a consecuencia de presentar un tumor y no ser tratado activamente si no se requiere, realizar un protocolo con formato y contenido adecuado a nuestro sector que se actualice anualmente y sea ratificado por el comité de tumores urológicos del sector Huesca-Barbastro, realizar el seguimiento de

# MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1485

## 1. TÍTULO

**OPTIMIZACION DE RECURSOS E INSTAURACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA DE BAJO/MUY BAJO RIESGO**

estos pacientes en una consulta específica de cáncer de próstata y colaborar con profesionales de otras especialidades (marcaje de lesiones en imágenes de resonancia).

MÉTODO
Se han identificado puntos a mejorar del protocolo actual en base a la última evidencia científica y recursos disponibles. Basándonos en el mismo, se elaborará un borrador que se consensuará con todos los miembros del servicio. Posteriormente se elaborará un 2º borrador que se presentará en el comité de tumores urológicos de Huesca-Barbastro. Por último, dicho protocolo será enviado a la UCA del sector y, si cumple los requisitos y se considera adecuado, que sea incluido en nuestro apartado de procedimientos en la intranet del sector. En cuanto a recursos necesarios, únicamente se precisa una sala de reuniones, la colaboración del personal encargado de la atención a este tipo de pacientes en cualquiera de las fases (diagnóstico, seguimiento, realización de biopsia etc.), el uso de RM multiparamétrica y de biomarcadores que hayan demostrado utilidad clínica en este contexto.

INDICADORES
1. Cumplimiento de protocolo de seguimiento. EXPLICACIÓN 1: Pacientes que cumplen el protocolo/Pacientes incluidos en el mismo. ESTÁNDAR 1: > 90%
2. Abandonos voluntarios. EXPLICACIÓN 2: Abandono de protocolo de forma voluntaria/Pacientes incluidos en el mismo. ESTÁNDAR 2: < 20%
3. Reclasificación de grupo de riesgo durante el seguimiento. EXPLICACIÓN 3: Pacientes reclasificados/Pacientes incluidos en el protocolo. ESTÁNDAR 3: < 20%
4. Tasa de abandono. EXPLICACIÓN 4: Pacientes que abandonan voluntariamente el protocolo/total de pacientes que inician el mismo. ESTÁNDAR 4: < 20%

DURACIÓN
Marzo-Abril 2019: Analizar situación actual. Elaboración de borrador con consenso del servicio y presentación en comité de tumores.
Abril-Mayo 2019: Establecer las vías de contacto y colaboración con otros servicios necesarias para garantizar la implantación de forma eficaz del mismo. Elaboración de protocolo adecuado en contenido y formato a los requisitos de la unidad de calidad del sector Huesca y envío del mismo para su aprobación y publicación.
Junio 2019 – Enero 2020: Inclusión de pacientes.
Febrero 2020: Análisis de resultados, identificación de áreas de mejora, satisfacción de pacientes y profesionales, actualización del protocolo en caso de que exista nueva evidencia. Elaboración de memoria.

OBSERVACIONES

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

*** ========== ***