

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

### Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 97 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

#### Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2018_0342	F	30/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2018_1470	F	31/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA	2019_0233	S1	28/01/2020	PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2019_0286	F	24/02/2020	URGENCIAS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	BURGUES VALERO CARMEN	2019_0330	F	26/02/2020	TALLER DE ALIMENTACIÓN SANA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO MARIA SIRA	2019_0339	F	31/01/2020	FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA	2019_0349	S1	21/01/2020	REVISIÓN DE LA HBA1C EN LOS DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	LAMARRE MICHELOT	2019_0421	F	23/01/2020	TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES
AL	AP	CS ALCAÑIZ	NAYA PUERTO SHEILA	2019_0506	S1	30/01/2020	PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2019_0754	S1	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS ALCAÑIZ	SORRIBAS MARTI MIRIAM	2019_0755	F	31/01/2020	AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ARQUED NAVAZ MARTA	2019_1094	F	31/01/2020	ACTUACIÓN CON POBLACION PEDIÁTRICA INMIGRANTE
AL	AP	CS ALCAÑIZ	FACI OLMOS MIRIAM	2019_1283	F	17/01/2020	PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETI	2018_0860	F	21/01/2020	FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA GORETI	2019_0141	F	21/01/2020	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA
AL	AP	CS ALCORISA	BERLANGA RUBIO JUAN JOSE	2019_0393	F	30/01/2020	IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS ALCORISA	VIDAL VILLANUEVA VERONICA	2019_0543	F	28/01/2020	INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2019_0076	F	18/01/2020	PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO
AL	AP	CS ANDORRA	LAGAR GONZALEZ ANA BELEN	2019_0082	F	21/01/2020	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"
AL	AP	CS ANDORRA	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2019_0085	F	18/01/2020	PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO
AL	AP	CS ANDORRA	PELLICER GARCIA BEGOÑA	2019_0112	S1	31/01/2020	TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	BIDZINSKA ANNA IRENA	2019_0113	F	28/01/2020	TALLERES PARA BEBES
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2019_0117	F	20/01/2020	PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE
AL	AP	CS ANDORRA	TRILLO SALLAN ESTHER	2019_0118	S1	23/12/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2019_0135	F	28/01/2020	VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	ROMERO ARASANZ EMMA	2019_0258	F	25/01/2020	CREACIÓN DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD	2019_0329	S1	15/01/2020	IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS CALACEITE	GIL MOLINOS MARTA	2019_0101	F	27/01/2020	SALVANDO A NUESTROS PELUCHES
AL	AP	CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	2019_0164	F	20/01/2020	PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALANDA	COSTA MONTAÑES ROSA	2018_1388	F	31/01/2020	PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES
AL	AP	CS CALANDA	JUNCOSA OLIVERA DANIEL	2019_0515	F	31/01/2020	DETECCIÓN OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR

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

### Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 97 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector ALCAÑIZ							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							ASINTOMÁTICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2019_0774	F	31/01/2020	IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR	2019_0590	F	30/01/2020	RCP BÁSICA
AL	AP	CS CASPE	RELANCIO PASCUAL PATRICIA	2018_0933	F	31/01/2020	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	BLASCO CASORRAN MARTA	2019_0180	F	13/01/2020	HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2019_1076	F	07/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1532	S2	30/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	LAZARO GRACIA MARIA PILAR	2019_0694	F	31/01/2020	INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2019_0852	F	23/01/2020	SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO
AL	AP	CS HIJAR	RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES	2019_0908	F	28/01/2020	INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO	2019_0962	F	27/01/2020	MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION DE LOS INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DE MEDICINA DE FAMILIA
AL	AP	CS HIJAR	ROMERO VIGARA JUAN CARLOS	2019_1026	F	30/12/2019	"ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
AL	AP	CS HIJAR	CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL	2019_1207	F	14/01/2020	CAMINANDO POR LA VIDA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	F	03/01/2020	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	GIMENO FELIU CARMEN	2019_0154	F	29/01/2020	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	S2	30/01/2020	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER	2018_1236	S2	27/01/2020	REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2018_1421	F	29/01/2020	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2019_0155	F	30/01/2020	RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2018_1256	F	28/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2019_1277	F	27/02/2020	CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	F	15/01/2020	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1115	F	28/01/2020	ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1116	F	30/01/2020	ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	F	30/01/2020	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	S2	28/01/2020	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ FARMACIA ATENCION PRIMARIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2019_0005	S1	31/01/2020	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANATOMIA PATOLOGICA	CAY DIARTE ALFONSO	2018_0356	F	31/01/2020	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2018_0149	F	23/01/2020	REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2019_0468	F	20/01/2020	ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO

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

### Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 97 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

#### Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE	2019_0472	S1	24/02/2020	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLASCO GIL SILVIA	2018_0299	F	20/12/2019	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MAURAIN VILORIA ANA	2018_0302	S2	29/01/2020	PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	LORDA ESPES MARTA PILAR	2019_0585	F	20/01/2020	INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2018_0617	F	23/01/2020	PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2019_1427	F	31/01/2020	PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIRECCION	LARA GARRIDO ANGELA	2019_0937	S1	24/01/2020	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	VERDES SANZ GUAYENTE	2019_0725	S1	30/01/2020	DERIVACIÓN PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2019_0399	F	29/01/2020	CATALOGO FOTOGRÁFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE TRAUMATOLOGÍA EMBOLSADO QUE SE PORCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2019_0466	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. ÁREA DE PACIENTES AMBULANTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2019_1019	F	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HOSPITALIZACION A DOMICILIO	GONZALEZ GUIJARRO MARTA	2019_0564	F	30/01/2020	RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA DEL TRABAJO	ROYO ANADON JULIA	2019_0534	F	30/01/2020	PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2018_0075	S1	29/01/2020	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ALQUEZAR CIVERA MANUELA	2019_0541	F	27/01/2020	GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2019_1227	S1	31/01/2020	GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC)HOSPITAL ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	NAVARRO DORADO MARIA ANGELES	2019_0625	F	29/01/2020	MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	2019_0513	F	29/01/2020	MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	BIELSA GRACIA SARA	2019_0881	F	31/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	BALLESTER MARCO LAURA	2018_0402	F	29/01/2020	ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	SARRION MOCHALES MONTSERRAT	2018_0406	F	23/01/2020	SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VICENTE LOPEZ BEATRIZ	2019_0396	F	29/01/2020	PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN	2019_0352	F	31/01/2020	"PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALUDICOS"
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	REAL CORDERO ESPERANZA	2019_0491	F	30/01/2020	GUIA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2019_0827	S1	31/01/2020	VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFRO-PROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON

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

**Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)**

*Número de memorias: 97 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

**Sector ALCAÑIZ**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							CONTRASTES YODADOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2019_0401	F	16/01/2020	CIRUGÍA ENDOSCOPICA NASOSINUSAL CON MOTRO DESBRIDADOR
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2019_0420	F	29/01/2020	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2019_0423	F	23/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2019_0532	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2018_1336	F	28/02/2020	PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ RADIODIAGNOSTICO	PEREZ ANGOSTO ESTHER	2019_0921	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ RADIODIAGNOSTICO	PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR	2019_1109	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE UNA GUA PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	POLO ROYO MARCO	2019_0599	S1	23/12/2019	PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LOPEZ GONZALO ISABEL	2019_0622	F	13/01/2020	LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2019_0539	F	31/01/2020	LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE SALUD MENTAL	SAENZ BALLOBAR ANA	2018_1438	F	27/02/2020	INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S2	29/01/2020	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITALDE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2019_0228	F	17/01/2020	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JOSE	2019_0230	F	17/01/2020	OPTIMIZACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL CASTELLANO JUSTE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

ALBESA BENAVENTE IMMACULADA  
AGUILAR JULIAN MARTA  
SALES BUJ ARANTXA  
FACI OLMOS MIRIAM  
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES  
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR  
PEREZ PORCAR ANA ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los niños de 6º de primaria están capacitados para actuar ante determinadas situaciones que requieren primeros auxilios, por eso desde el centro de salud consideramos que es primordial que reciban formación en dicho campo.

La actividad del primer año sirve como pilotaje para comprobar la acogida en los centros educativos, tanto de los docentes como por parte de los alumnos, así como para ajustar contenidos y herramientas de evaluación y de apoyo.

Del mismo modo que el año anterior, se reúne el grupo de trabajo para dar forma a la actividad y modificar los puntos que se consideran que eran mejorables.

El grupo de trabajo sigue estando compuesto por médicos y enfermeras del centro de salud de Alcañiz aunque algunos de los integrantes se encontraban en ese momento en otros destinos del SALUD, han continuado su colaboración en la actividad comunitaria.

En relación a los contenidos iniciales, se disminuye el volumen de teoría a impartir, centrando la atención en los puntos en los que los niños tienen más capacidad de intervención. Otra modificación es la simplificación del test para ajustarlo al nuevo contenido y evitar las preguntas que por su edad les resultan complejas o ambiguas.

Según los resultados obtenidos el año anterior, especialmente en el postest a los 2 meses de la actividad, se considera importante dejar material gráfico de apoyo en los centros educativos. Por este motivo se elabora un póster resumen que recopila en imágenes y breves descripciones la información impartida. Hacemos mención a la colaboración de Pilar Riquelme (personal del C. S. de Alcañiz) como creadora de los dibujos explicativos del póster.

De nuevo nos ponemos en contacto con los equipos directivos de los centros educativos, que nos acogen mostrando de nuevo gran interés, se concreta el calendario y proporcionamos las hojas para la evaluación previa de los conocimientos de los alumnos.

Una vez concretadas las fechas se solicita la reserva de maniqués para las prácticas.

La actividad se realiza durante 5 días lectivos en horario de mañanas y tardes según preferencias de los centros educativos, con una duración aproximada de 2,5 horas.

Seguimos basando la presentación del contenido teórico en vídeos explicativos intercalados con sencillas diapositivas con el material más significativo.

Esta formación teórica tiene una duración de 30-40 minutos y se centra en saber "cómo reconocer", "qué hacer" y "qué no hacer" ante:

Conducta PAS  
Pérdida de conocimiento  
Posición lateral de seguridad (PLS)  
Reanimación cardiopulmonar básica  
Atragantamiento (OVACE)  
Convulsiones  
Epistaxis  
Picadura de insecto  
Cuerpo extraño en el ojo  
Heridas, quemaduras, golpes y traumatismos  
Intoxicaciones  
A qué teléfono llamar.

Una vez concluida la teoría, el grupo se divide para realizar la parte práctica de RCP, OVACE, PLS y repaso de los temas tratados mediante la repetición del test para evaluar el aprovechamiento de la actividad.

Posteriormente se contacta con los centros para valorar la satisfacción de la Actividad Comunitaria, siguiendo la dinámica del año anterior.

Se decide no realizar el postest a los 2 meses de la actividad porque los resultados del año anterior

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

mostraron un evidente descenso de los conocimientos. Juzgamos irrelevante para nuestro proyecto cuantificar este descenso en los meses posteriores, considerándolo desmotivador para los alumnos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez concluidas todas las sesiones se procede al análisis estadístico de los resultados obtenidos. Alumnos matriculados en 6º de primaria en el curso 2018-2019:

- Colegio Emilio Díaz: 87, de los cuales realizan la actividad de forma voluntaria 44
- Colegio Juan Lorenzo Palmireno: 18, de los cuales realizan la actividad 15
- Colegio La Inmaculada: 23, de los cuales realizan la actividad 21
- Colegio San Valero: 19, de los cuales realizan la actividad 20
- Colegio Juan Sobrarias: 62, de los cuales realizan la actividad 60

El total fue de 160 asistentes, lo que supone el 76,55 % de los alumnos matriculados, a diferencia del curso 2017-2018 que fue de 166 asistentes, el 80,20% de los alumnos matriculados.

El nuevo test consta de 10 ítems, de los cuales 1 era para rellenar y el resto tipo test con una sola opción correcta.

La puntuación media obtenida en los 193 cuestionarios previos a las sesiones fue de 7,51 sobre 10; en cambio en los 160 posteriores al taller la nota media es de 9,84.

Se trata de un estudio cuantitativo de intervención comunitaria cuya población a estudio es el total de alumnos matriculados en 6º de primaria en Alcañiz.

Las variables analizadas son:

- Colegio: V. cualitativa de 5 categorías
- Momento de recogida: V. cualitativa de 2 categorías
- Respuestas de los alumnos: V. cualitativa, con la finalidad de detectar errores habituales.
- Respuestas evaluadas como correcta/incorrecta: V. cualitativa de 2 categorías
- Nº de respuestas correctas: V. cuantitativa discreta

La recogida de datos se realiza a través del test anteriormente mencionado, considerando las respuestas no contestadas o nulas como incorrectas.

En base a la no normalidad de la muestra se realizan las pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para estudiar la relación entre el momento de recogida y el número de respuestas correctas, obteniendo una significación de  $p=0.000$ .

Este año no es necesario aplicar las pruebas post hoc como en el año anterior, puesto que se ha suprimido una categoría en la variable momento de recogida.

La medición de la satisfacción se hizo a través de la recogida de las opiniones de los centros educativos, todos ellos coincidieron en que la actividad fue muy gratificante para los alumnos y apropiada para sus aptitudes. Solicitan que se continúe con la actividad siguiendo el mismo método.

Con respecto a los resultados obtenidos, ha sido muy satisfactorio para ambas partes y se confirma que al reducir la materia se fijan mejor los contenidos impartidos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al concluir el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables. Durante los dos años de duración se ha impartido la formación en primeros auxilios a un total de 326 alumnos.

Los alumnos que no pudieron asistir en horario de mañanas fue por motivos de salud y los no asistentes al taller de tarde fue por coincidir el horario del taller con sus actividades extraescolares habituales.

Se ha confirmado con los test que se realizaron antes y después del taller, que los alumnos han adquirido habilidades y destrezas, individuales y grupales, en primeros auxilios, ya que la puntuación del cuestionario, se ha visto incrementada significativamente los dos años.

Los pósteres son muy bien acogidos y se colocan en las zonas de mayor visibilidad de los centros educativos.

Se ha demostrado tanto por resultados evaluados como por la actitud y las destrezas adquiridas durante las prácticas, que les ha sido de utilidad y han adquirido los conocimientos básicos sobre primeros auxilios, del mismo modo que se sienten capacitados para actuar ante las situaciones planteadas sin temor y de forma resolutiva.

Los miembros que colaboraron en impartir el taller, tanto personal de Centro de Salud como de los Médicos Internos Residentes de Alcañiz, valoran la actividad como positiva. Es la primera vez que desde el centro de salud realiza una actividad de este tipo, logrando la implicación de gran parte del personal, tanto asistiendo como docentes al taller, como cubriendo a los profesionales que se desplazaron hasta el centro educativo.

Es necesaria la educación para la salud en los centros educativos para fomentar los buenos hábitos, espíritu de ciudadanía, responsabilidad en la infancia-adolescencia y prevenir actitudes no deseadas, familiarizándolos con situaciones de primeros auxilios.

Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población puede resultar de vital importancia.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor y que sería importante poderlo repetir en próximos años.

#### 7. OBSERVACIONES.

Dados los resultados obtenidos durante estos dos años y tras la demanda por parte de profesores y alumnos, y la disposición del personal del C.S. de Alcañiz, se prevé la continuidad anual de esta actividad comunitaria, pasando a formar parte de la agenda comunitaria del centro.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/342 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0342

Título  
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Autores:  
CASTELLANO JUSTE ISABEL, ALBESA BENAVENTE IMMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, FACI OLMOS MIRIAM, LOPEZ ESTERUELAS REYES, MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos y actuación en urgencias y emergencias (segun resolución 7 nov 2017 del director general de innovación, equidad y participación...  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos: -----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La actividad nace de una necesidad manifestada por el Colegio Emilio Diaz de Alcañiz, acerca de que los niños de 6º de primaria tengan nociones sobre primeros auxilios.  
Se forma un grupo de trabajo.  
Vista la buena acogida, se decide ofrecer la actividad al resto de colegios de la población, que muestran gran interés.

RESULTADOS ESPERADOS  
GENERALES:  
Proporcionar a los alumnos de 6º primaria conocimientos básico sobre primeros auxilios  
Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios

ESPECIFICOS:  
Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la infancia.  
Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas  
Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica  
Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia  
Saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP

MÉTODO  
Realización de test para determinar conocimientos previos  
Sesión teórica de lhora  
Sesión práctica de lhora (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos)  
Al finalizar las 2 horas realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.  
Antes de la finalización del curso escolar, esta prevista la reevaluacion, con el mismo test, de los conocimiento fijados.  
RECUSOS:  
Busqueda bilbliografica  
Tomenta de ideas  
Elaboracion de diapositivas para la sesión teorica  
Petición de permisos para exhibición de audiovisuales e imágenes de la presentación  
Petición de los maniquies para la realización de la práctica de RCP  
Ordenador portatil, altavocez y proyector  
Fotocopias de los test

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Varias salas de los respectivos colegios para la teoría y prácticas  
División de tareas entre los integrantes del grupo de trabajo

#### INDICADORES

Entrevista con los centros para la valoración de la satisfacción al finalizar los talleres.  
Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad, adquiridos al finalizar la misma y los fijados 2 meses después, antes de finalizar el curso escolar.

#### DURACIÓN

Elaboración del contenido teórico de la actividad, petición de permisos, puesta en contacto con los colegios, 2 meses  
Llevar a cabo la actividad: 5 días lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio ( 2h y media/día) y disponibilidad de los maniquies

#### OBSERVACIONES

El título de esta actividad, PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ (modifica al anterior proyecto enviado nº 2018\_0096 contrato programa)  
Se prevé la continuidad anual de esta actividad.  
Dado el interés y necesidad manifestados por los docentes de todos los colegios, se prevé realizar esta misma actividad orientada a los mismos, con carácter bianual.

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO  
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON  
FACI OLMOS MIRIAM  
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL  
NAYA PUERTO SHEILA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha contactado con los alcaldes y las comunidades de vecinos de las zonas rurales que pertenecen al Centro de Salud de Alcañiz, Valmuel, Puigmoreno y Valdealgorfa y se concretó la fecha y la hora de las actividades. Algunas de ellas haciendo coincidir como acto de la semana cultural como en Valmuel para que hubiese el máximo número de participantes posible. 28 asistentes en Valmuel.  
En Puigmoreno fue una tarde de verano una vez que las personas habían acabado con su jornada laboral en el campo para que pudiese estar gente de mediana edad. 31 asistentes.  
En el caso de Valdealgorfa, se hizo coincidir en horario de medio día porque era cuando más disponibilidad había. 34 participantes.  
En las tres poblaciones se realizaron las mismas actividades y aunque sólo varió el horario de comienzo del taller la duración del mismo fue igual para todas las poblaciones, 2h, 30 min en total de teórico-práctico.  
Primeramente se pasaron test con 4 posibles respuestas, siendo sólo 1 válida para comprobar los conocimientos pre-teoría de los asistentes.  
Se realizaron sesiones teóricas con presentaciones de audiovisuales, power point y vídeos en las que se explicaba la activación de la cadena de supervivencia, el uso del DESA y la realización de los primeros auxilios, Maniobra Heimlich, PSL, RCP...  
Se explicaron las maniobras con los muñecos poniéndose en diferentes grupos de 6 personas, para poder verlo con facilidad y luego se pusieron en práctica con dichos muñecos  
Se simularon distintos casos prácticos donde los asistentes tenían que actuar de forma práctica con los muñecos, el DESA y los distintos dispositivos que había en la escena.  
Se realizó un test post con las mismas preguntas que el pre test en distintos órdenes para comprobar los conocimientos adquiridos tras la sesión.  
Por último se pasó un test de satisfacción escala Likert (1-5) teniendo que valorar: organización de la actividad, condiciones de la sala, duración y horario, conocimientos adquiridos, evaluación global y de cada uno de los docentes.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo una mejoría significativa en cuanto a los conocimientos post teoría.  
En Valmuel y Puigmoreno no hubo tanta diferencia en los test pre y post ya que dicha actividad se realizó el año pasado y el 75% de los asistentes eran los mismos que el año anterior, por lo que se han afianzado conocimientos y se ha comprobado que resultó útil el año pasado.  
Los resultados del año pasado fueron: Respuestas correctas pre test: 60%, respuestas correctas post test: 92% de respuestas correctas.  
Este año: Respuestas correctas pre test 84%, respuestas correctas post test 94%  
Total de participantes: 28 en Valmuel y 31 en Puigmoreno (2 de los cuales no pasaron ningún test debido a las dificultades de lectura y comprensión por su avanzada edad)  
En caso de Valdealgorfa los resultados pre y post test si que hubo mayor diferencia ya que era la primera vez que realizaban dicha actividad. Resultados correctos pre test 50%, post test 84%.  
Total de participantes 34, de los cuales 3 tampoco sólo estuvieron de oyentes sin pasar los test y otros 3 de los participantes eran guardia civiles del cuartel del pueblo.  
A lo largo de las explicaciones teóricas la participación fue activa ya que iban planteando dudas que les fueron resueltas en ese momento.  
En las 3 poblaciones las encuestas de satisfacción fueron de 5/5.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las 3 poblaciones se reconoció por parte de los ciudadanos la importancia de que una actuación rápida y con los conocimientos básicos pueden salvar la vida a cualquier vecino.  
En el caso de Valdealgorfa los parches del desfibrilador llevaban un tiempo caducados, tras reconocer la importancia de tener el desfibrilador de forma óptima solucionaron el problema, actualizaron el software, pusieron parches nuevos. El mantenimiento corre a cargo de los ayuntamientos de cada una de las poblaciones.  
En caso de Valmuel y Puigmoreno tras la actividad del año pasado ya actualizaron el desfibrilador pero no estaba de forma accesible, ya que estaba bajo llave .  
Tras esta segunda actuación en verano el desfibrilador se colocó en la piscina ya que es el lugar donde mayor concentración de población hay.  
Tras el verano han colocado el desfibrilador en urna en la plaza mayor y está pendiente que se reconozca y se registre como punto de DESA de la comunidad de Aragón, teniendo accesibilidad a toda la población, con todo lo necesario para una actuación en caso de urgencia.  
Por tanto se concluye que tras cada una de las actividades realizadas en la población rural la población se

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

ha concienciado y ha puesto todos los medios para que en caso de PCR la actuación sea lo más precoz posible. Así mismo, tras la formación de los cursos, los ayuntamientos ven la necesidad de colocar los desfibriladores de forma accesible, actualizar su mantenimiento, así como mantener formada a la población. De tal forma que esta actividad se quiere extrapolar al resto de las zonas rurales y realizarla de forma anual para seguir afianzando conocimientos, que habitantes nuevos accedan y reconozcan la importancia del manejo del DESA, y se coloquen dichos DESAs de forma correcta y con la posibilidad de acceso como en el caso de Valmuel y Puigmoreno

#### 7. OBSERVACIONES.

Se da por finalizado este proyecto pero continuará como actividad anual agregándolo a las actividades del centro de salud de Alcañiz

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1470 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1470

Título  
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Autores:  
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, CHUMILLAS LIDON RAQUEL, BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, FACI OLMOS MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

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

PROBLEMA  
EN UNA ZONA RURAL CON DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA SE PERCIBE UNA NECESIDAD POR PARTE DE LA POBLACIÓN, PARA ADQUIRIR UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA YA QUE EN DICHAS LOCALIDADES HAY UN DESA CUYA POBLACIÓN NO TIENE INFORMACIÓN DE SU USO.  
LOS PRIMEROS MINUTOS ANTE UNA PCR SON VITALES POR LO QUE ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN DEL CIUDADANO PARA ACTIVAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y DE ESTA FORMA REDUCIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA MUERTE DE UNO DE LOS CIUDADANOS EN CASO DE PCR AL NO SABER COMENZAR CON LA RCP BÁSICA Y EL USO DEL DESA YA QUE HASTA QUE LLEGUEN LOS SERVICIOS SANITARIOS EL TIEMPO DE RCP PRECOZ ES FUNDAMENTAL

RESULTADOS ESPERADOS  
FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ANTE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.  
CONCIENCIACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA DETECCIÓN DE LA PCR Y REALIZACIÓN DE LA RCP Y DESFIBRILACIÓN PRECOZ  
ADEMÁS SE PRETENDEN AUMENTAR LAS DESTREZAS PARA ACTUAR EN PRIMEROS AUXILIOS COMO QUEMADURAS, GOLPES, PICADURAS, HERIDAS, ATRAGANTAMIENTOS... BASANDONOS EN MÉTODOS MÉDICO-CIENTÍFICOS Y NO EN CREENCIAS.

MÉTODO  
SE REALIZARÁN SESIONES TEÓRICAS CON PRESENTACIÓN DE AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICARÁ LA ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, EL USO DEL DESA Y CÓMO REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS.  
SE REALIZARÁN TEST PARA COMPROBAR LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS.  
SE REALIZARAN PRÁCTICAS CON LOS MUÑECOS, SIMULANDO POSIBLES CASOS, DEBIENDO DE REALIZAR LAS MANIOBRAS PERTINENTES PARA CADA SIMULACIÓN, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP, USO DEL DESA.

INDICADORES  
SE COMPARARÁN LOS RESULTADOS DE LOS TEST PREVIO A LOS TALLERES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.  
SE PASARÁN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

DURACIÓN  
A LO LARGO DEL AÑO 2018, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE LOS HABITANTES DE LAS POBLACIONES.  
UNA SESIÓN SE REALIZARÍA EN VERANO COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL, EL AUMENTO DE POBLACIÓN VACACIONAL Y TENER ASÍ CONOCIMIENTOS NO SOLO LOS HABITANTES HABITUALES Y OTRA SESIÓN EN NOVIEMBRE UNA VEZ ACABADA LA CAMPAÑA DE RECOGIDA DE FRUTA YA QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN SE DEDICA A ESTE SECTOR Y NO PODRÍA ACUDIR A

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

DICHOS TALLERES.

SE REALIZARÁ DE FORMA ANUAL YA QUE ASÍ NOS LO HAN TRANSMITIDO LOS PROPIOS CIUDADANOS.

OBSERVACIONES

MODIFICA EL PROYECTO: 2018\_0097 PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA INMACULADA ALBESA BENAVENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

GOTOR LAS SANTAS AGUSTIN  
FACI OLMOS MIRIAM  
CALLAU ESCUER JOSE JAVIER  
RIQUELME TORRESANO PILAR  
CALVO MARTINEZ JOSE ANTONIO  
LOPEZ ESTERUELAS REYES  
APARICIO LORAN ARMANDO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### ACTIVIDADES Y RECURSOS EMPLEADOS.

##### 1- FORMACIÓN

1.1- RESPONSABLES "FORMADORES": Se han ofrecido dos componentes del equipo para recibir formación, tanto en curso presencial como vía internet, y transmitirla al resto de profesionales.

1.2- PARTICIPANTES: Reciben formación tanto en sesiones clínicas en el centro de salud como autoformación.

##### 1.3- SESIONES:

FEBRERO- MARZO : Se contacta con dermatólogos del Hospital de Alcañiz para solicitar sesiones de formación en dermatoscopia.

10 de ABRIL: Sesión de dermatólogos en C.S.de Alcañiz. A pesar de las objeciones que se nos plantean se acuerda la realización de 4 sesiones a partir de septiembre, por su parte.

SEPTIEMBRE: Dada la imposibilidad de realización de la sesiones por dermatólogos acudimos, los responsables formadores del equipo, a un curso de Dermatoscopia para A.P., organizado por SEMG en el Paraninfo de UNIZAR.

15 OCTUBRE: Sesión clínica: "Dermatoscopia en A,P", impartida por los formadores.

5 NOVIEMBRE: Sesión clínica "Dermatoscopia en A.P. Continuación".

27 NOVIEMBRE: Sesión clínica: "Dermatoscopia en el Melanoma ungueal"

15 ENERO: Sesión clínica: "Queratosis seborreica".

29 ENERO: Sesión clínica: "Carcinoma espinoceular".

##### 2- ORGANIZATIVAS

2.1- Elaboración del calendario semanal para coordinar disponibilidad del dermatoscopio (DS) a los distintos profesionales. Se ofrece voluntaria una profesional para custodia y distribución del dermatoscopio según calendario creado.

2.2- Elaboración de Hoja de Cálculo para la recogida de datos que incluyan los necesarios para la evaluación de los resultados.

2.3- Creación de una carpeta de acceso libre en donde quede almacenada la formación e información relativa a este proyecto recogida hasta el momento y la que posteriormente se vaya generando, en concreto:

-Listado de participantes con email corporativo

-Copia de las sesiones de formación.

-Bibliografía y enlaces web relativos a formación den dermatoscopia.

-Galería de imágenes.

-Algoritmo para consulta sobre el procedimiento diagnóstico.

-Hoja de cálculo para la recogida de datos y posterior valoración estadística con los mismos.

Su objetivo sería facilitar toda la información sobre el proyecto en el momento de la incorporación al mismo de nuevos profesionales, y a los actuales, un acceso más ágil a toda la información que se vaya generando.

2.4- Se planifica creación de plantilla con acceso desde los protocolos de OMI para unificar, simplificar y asegurar el registro de los datos de cada exploración dermatoscópica en la historia clínica de OMIAP del paciente, cuando se haya mejorado, con la práctica, de la plantilla actual.

##### 3- ACCIONES RELATIVAS A LA COMUNICACIÓN DEL PROYECTO

##### 3.1- A PROFESIONALES:

-Reuniones generales del equipo de atención primaria (A.P.).

- Creación de un grupo de whatsapp.

- Correo electrónico corporativo y de OMI.

3.2- A PACIENTES: No procede, ya que la captación se realizará en la consulta y se le citará en el centro de salud por su MAP para dermatoscopia en el horario asignado a cada profesional.

##### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- En cuanto a los OBJETIVOS: Se ha conseguido formación y adquisición de destrezas en al diferenciación de patrones dermatoscópicos; se hen creado algoritmos de ayuda al diagnóstico; se ha percibido una ligera mejora de la optimización de la derivación a cirugía menor realizada en A.P.

2.- En cuanto a las ACTIVIDADES: Se han realizado las sesiones arriba indicadas y se han elaborado las herramientas necesarias para la puesta en marcha del proyecto.

3.- En cuanto a los INDICADORES Y EVALUACIÓN: El tiempo transcurrido desde el inicio de las actividades de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

formación y el establecimiento de las herramientas necesarias para el cálculo de los indicadores ha sido insuficiente para poder registrar datos. Por eso es necesaria una segunda etapa para el registro de una muestra suficiente que permita la obtención de indicadores valorables.

4.- En cuanto a la DURACIÓN y EL CALENDARIO PREVISTOS: Se han impartido 5 sesiones sobre dermatoscopia en 3 meses, por responsables formadores y colaboradores en el proyecto, si bien se prevé la participación de especialista en dermatología para las actividades formativas. Se ha conseguido la puesta en marcha del proyecto a lo largo de este año pero sin poder obtener los datos suficientes para evaluarlo, por lo que se solicita, con esta memoria, la continuación del mismo durante un año más.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de las actividades está incluida en el apartado de RESULTADOS ALCANZADOS.

El aspecto que han quedado pendiente es el registro de datos para la evaluación, ya que la puesta en marcha del proyecto ha sufrido imprevistas dificultades cuya resolución ha requerido el tiempo destinado al mismo.

La sostenibilidad del proyecto se justifica por la probable optimización de las derivaciones a Dermatología y a cirugía menor en A.P.; el interés demostrado por los profesionales respecto a esta actividad; la rentabilización del uso del dermatoscopio disponible en A.P.; y por las herramientas ya puestas a disposición de los médicos en el ordenador: "Escritorio"-->"Este equipo"-->"Común".

#### 7. OBSERVACIONES.

OTROS COLABORADORES:

AVELLANA MARTA  
NUIN ELENA  
JIMENEZ BEATRIZ  
IBÁÑEZ ANA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/233 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0233

Título  
PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:  
ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA, GOTOR LAS SANTAS AGUSTIN, FACI OLMOS MIRIAM, CALLAU ESCUER JOSE, CALVO MARTINEZ JOSE ANTONIO, APARICIO LORAN ARMANDO, LOPEZ ESTERUELAS REYES, RIQUELME TORRESANO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCANIZ

#### TEMAS

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

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

PROBLEMA  
EN NUESTRO SECTOR HAY CARENCIA DE ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA Y HAY LISTAS DE ESPERA MUY DILATADAS. ESTAS LISTAS SE VEN INCREMENTADAS POR UNA DEMANDA QUE PUEDE SER FILTRADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA SI SE DISPONE DE DERMATOSCOPIO.

LA DERMATOSCOPIA SUPONE EL PASO INTERMEDIO ENTRE LA IMAGEN CLÍNICA MACROSCÓPICA Y LA HISTOLÓGICA MICROSCÓPICA.. LA DERMATOSCOPIA ES UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL MELANOMA Y PARA OTRAS LESIONES PIGMENTADAS, AUNQUE ÚLTIMAMENTE TAMBIÉN PARA NO PIGMENTADAS.

#### RESULTADOS ESPERADOS

FORMACIÓN EN EL USO DEL DERMATOSCOPIO. ADQUISICIÓN DE DESTREZAS EN LA DIFERENCIACIÓN DE PATRONES DERMATOSCÓPICOS. USO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO (ALGORITMOS) PARA MEJORAR LAS DERIVACIONES AL ESPECIALISTA.

#### DISMINUCION

DE LISTA DE ESPERA EN DERMATOLOGÍA. OPTIMIZAR LA DERIVACIÓN A LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA EN A.P. POSIBILIDAD DE DESARROLLAR PROGRAMAS DE TELEDERMATOLOGÍA

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA**

**MÉTODO**

REALIZACIÓN DE CUATRO TALLERES DE DERMATOSCOPIA CON COLABORACIÓN DE ESPECIALISTAS EN LA MATERIA (SESIONES CLÍNICAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD CON ACREDITACIÓN POR PARTE DE FORMACIÓN), UNO POR SEMANA, DE UNA HORA DE DURACIÓN PARA CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES CON DISPONIBILIDAD DE DERMATOSCOPIO. LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO SE REALIZARÁ EN CUANTO SE DISPONGA DE DERMATOSCOPIO Y SE EVALUARÁ AL CABO DE UN AÑO. ACTUALMENTE ESTE CENTRO YA DISPONE DE UN DERMATOSCOPIO DERMLITE DL100

**INDICADORES**

NÚMERO DE BIOPSIAS REALIZADAS/NÚMERO DE VALORACIONES  
NÚMERO DE DERIVACIONES A DERMATOLOGÍA/NÚMERO DE VALORACIONES

**DURACIÓN**

CUATRO SESIONES CLÍNICAS EN DOS MESES, IMPARTIDAS POR ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA.  
PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DURANTE UN AÑO.  
EVALUACIÓN DEL MISMO AL FINAL DE DICHO PERIODO

**OBSERVACIONES**

ESTE PROYECTO FUE PRESENTADO EL AÑO PASADO PERO NO PUDO IMPLEMENTARSE POR CARECER DE DERMATOSCOPIO. YA DISPONEMOS DE UNO PARA TODO EN CENTRO.  
SE HA AÑADIDO UN OBJETIVO NUEVO. SE HAN CAMBIADO LOS INDICADORES Y SE HAN INCORPORADO NUEVOS COMPONENTES.

**Valoración de otros apartados**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0286

### 1. TÍTULO

#### URGENCIAS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN GAN GARGALLO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE  
PIRVULESCU MARIANA  
BLASCO ANENTO MARIA PILAR  
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA  
NAYA PUERTO SHEILA  
ARVELO PLASENCIA DAVINIA  
IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El inicio de esta actividad surgió a petición del Colegio San Valero (Escolapios) de Alcañiz. Los profesores mostraron su preocupación ante la situación, cada vez más frecuente, de que los alumnos presentan ciertas patologías en que los padres autorizan la administración de cierta medicación de urgencias (adrenalina autoinyectable, diazepam rectal, glucagon) y los profesores no saben cómo actuar en estos casos. Se preparó un taller práctico donde se abordaron estos temas junto como unas nociones de RCP básica. A raíz de aquel momento fueron varios los centros escolares que mostraron la misma preocupación y pensamos que sería una buena actividad comunitaria para desarrollar en el curso 2018-2019.

#### OBJETIVOS

Mejorar la actuación ante situaciones urgentes de los profesores de centros escolares de infantil y primaria de Alcañiz y pueblos que pertenecen a nuestra zona básica de salud, así como de guarderías.

- RCP básica
- Atragantamiento
- Anafilaxia. Administración del autoinyector de adrenalina
- Convulsión. Manejo en el aula. Cómo administrar el diazepam rectal caso tenga indicación.
- Hipoglucemia. Demostración de cómo utilizar el glucagón.

#### ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

Como no pretendíamos hacer ninguna presentación teórica, nuestro objetivo era el manejo práctico de ciertas situaciones, configuramos la sesión en forma de taller práctico. Los talleres tuvieron una duración aproximada de 3 horas. Se impartieron en el Centro de Salud la mayoría de ellas en horario de 14 a 17 horas. Para 3 de los talleres y por dificultad de los docentes nos desplazamos a los propios centros educativos de 12 a 15 horas. (Esta situación supuso un problema para la gestión de las consultas). Se distribuyó un cuestionario pre-sesión tipo test (anónimo) advirtiendo que al final de la sesión se volvería a realizar el mismo cuestionario en común. Por un lado esto nos permitió evaluar la actitud de los asistentes ante la situación planteada, mejorar la atención dado que a lo largo de la presentación estuvieron más atentos para intentar responder estas preguntas, y al final comentar y verificar que se habían modificado ciertas conductas y actitudes. Se expusieron unos videos explicativos, con los temas a tratar, y después los docentes hicieron las matizaciones pertinentes con el material didáctico utilizado. Prácticas individuales y en grupos con los muñecos de RCP (lactante, infantil y adulto), atragantamiento (maniobra de Heimlich), autoinyectores de adrenalina, enemas de diazepam, glucagon. Se propusieron distintos ejemplos prácticos y se improvisaron situaciones distintas para aplicar los contenidos impartidos. Los mismos profesores sugirieron distintas situaciones y se intentó razonar cual era la mejor forma de actuar entre todos. Se intentó responder a las cuestiones que surgían sobre la marcha. Se hicieron algunas propuestas para mejorar la comunicación con los servicios de emergencias así como para facilitar el acceso de los mismos al centro educativo. Resolución entre todos del cuestionario hecho previamente. Comentarios sobre las respuestas que habían respondido previamente incluso discusión sobre las mismas. Cumplimentación del cuestionario de satisfacción del taller, con la posibilidad de formulación de sugerencias y observaciones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron 11 talleres desde octubre de 2018 y septiembre de 2019. Se impartió la formación a 178 profesores de los cuales 13 eran profesores de guarderías infantiles y 165 profesores de educación infantil y primaria. La media de asistentes por sesión fué de aproximadamente 16 personas (mínima:4, máxima: 43) La participación entre los profesores así como el interés en manipular el material fue muy satisfactoria. El cuestionario de satisfacción reveló en que todos manifestaron que la actividad era importante en su actividad profesional. A nivel de los profesionales sanitarios que realizaron la actividad docente, la sensación fué muy gratificante, porque la motivación y el interés mostrado por los asistentes fué muy elevada. En el cuestionario de satisfacción, en el apartado de sugerencias y observaciones muchos destacaron:  
-La importancia de realizar esta actividad de forma anual o bianual. Alguien hasta sugirió que debía ser obligatoria.  
-Algunos consideraron que debería tener mayor duración. y abarcar más temas. Algunos de los temas sugeridos fueron:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0286

### 1. TÍTULO

#### URGENCIAS EN LA ESCUELA

- hábitos saludables
- higiene en la escuela
- manejo de traumatismos
- piojos
- maletines de primeros auxilios en la escuela
- curación de heridas
- uso del desfibrilador
- traslado del alumno lesionado.

-Para facilitar la asistencia del mayor número de profesores posibles, otra de las sugerencias más formulada era que el personal docente se desplazase a los propios centros escolares.

-En las sesiones donde hubo mayor asistencia, alguna queja formulada es que la sala de formación del Centro de Salud no es lo suficientemente espaciosa.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado el grado de satisfacción tanto de los profesores como de los docentes, consideramos que debe ser una actividad comunitaria que debería de continuarse en el tiempo. Consideramos que la formación es útil e importante. Deberíamos plantearnos algunas mejoras como facilitar la accesibilidad a la formación desplazándonos a los centros escolares (aunque eso nos es muy difícil para gestionar nuestra actividad asistencial en consulta porque en vez de 3 horas de duración hay que contar con el tiempo invertido en el desplazamiento, en la instalación del material audiovisual y didáctico y no siempre es fácil gestionar las ausencias de los profesionales). Deberíamos introducir algunos de los contenidos sugeridos por los profesores, y de cara al año que viene con la modificación de la legislación plantearnos la formación en el uso del DESA para el profesional docente

#### 7. OBSERVACIONES.

(MEMORIA ENVIADA EL DIA 30 DE ENERO. RECIBIDO PANTALLAZO DE HABER SIDO RECIBIDA. EN ESTOS MOMENTOS NO FIGURA EN PLATAFORMA. LA VUELVO A REENVIAR)

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/286 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0286

Título  
URGENCIAS EN LA ESCUELA

Autores:  
GAN GARGALLO MARIA CARMEN, PIRVULESCU MARIANA, MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, BLASCO ANENTO MARIA PILAR, IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO, MATTEW MATTENET GIOVANNA YVONNE, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, ARVELO PLASENCIA MARIA DAVINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: mejorar conocimientos de atención en urgencias  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El inicio de esta actividad surgió a petición del Colegio San Valero (Escolapios) de Alcañiz en que los profesores mostraban mucho interés en como atender ciertas situaciones de emergencias en el centro escolar. Cada vez más, los alumnos presentan ciertas patologías en que los padres autorizan a la administración de cierta medicación en caso de urgencias (sobre todo adrenalinas autoinyectables y diazepam rectal) y los profesores no saben cómo actuar en estos casos. A raíz que respondimos a su demanda, varios centros escolares han mostrado esa misma preocupación y pensamos que sería una buena actividad comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS  
Esta actividad va dirigida a profesores de centros escolares de infantil y primaria de Alcañiz y pueblos que pertenecen a la zona básica de salud. Se va a realizar de forma escalonada durante todo el curso escolar 2018-2019. Aunque se comenzó a realizar a principios del curso, como la finalización es en 2019, solamente se ha incluido en el Acuerdo de Gestión de 2019.

Se pretende mejorar la actuación en situaciones muy concretas como son:

Nociones de RCP básica



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0286

### 1. TÍTULO

#### URGENCIAS EN LA ESCUELA

Atragantamiento (sobre todo para los monitores de comedor)

Convulsión

Anafilaxia (reconocerla, y cómo administrar el autoinyector de adrenalina)

Hipoglucemia (en casos en que hay niños con diabetes)

#### MÉTODO

La actividad se plantea como taller práctico, con muñecos y con simuladores de autoinyectores y cánulas rectales. Este taller tiene una duración aproximada de 2 horas y está dirigido a grupos muy reducidos para que todos tengan la posibilidad de practicar y plantear sus dudas.

Se comienza con un test de conocimientos previos, que se entrega al alumno y que responde de forma anónima. Por un lado permite que el alumno se sitúe y centre en materia y que posteriormente esté más atento para ver si ha respondido la respuesta correctamente y afianzar conocimientos. Continúa con exposición con videos y sobre muñecos de los conocimientos aprendidos. Práctica por el alumno sobre el muñeco o con los simuladores. Y planteamiento de dudas o cuestiones.

Al final se realiza de nuevo el test entre todos, discutiendo las respuestas.

#### INDICADORES

Se hace un registro de la asistencia

Los asistentes rellenan al finalizar un cuestionario de satisfacción o no del taller, con sugerencias para la realización en años sucesivos.

#### DURACIÓN

Octubre 2018- Junio 2019 (curso escolar 2018-2019)

#### 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 - 2019/0330

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE ALIMENTACIÓN SANA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN BURGUES VALERO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dos horas lectivas informativas sobre pirámide de alimentos, dieta mediterránea y recetas saludables. Los materiales informativos fueron aportados por Salud Pública (SARES)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La encuesta de satisfacción, fue la opinión de pertenencia de la actividad a través de los profesores debido a la dificultad del idioma y bajo nivel de alfabetización de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad se realizó como apoyo externo a la formación que reciben los alumnos de la escuela de adultos, la actividad quedará pendiente en base a lo que los profesores precisen en cada momento.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/330 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0330

Título  
TALLER DE ALIMENTACION SANA

Autores:  
BURGUES VALERO CARMEN, SOLDEVILLA JIMENO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Educación para la salud, prevención  
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Solicitud por parte de la Escuela de Adultos de Alcañiz una colaboración en la formación de los alumnos. Debido a las distintas etnias, edades que acuden a las clases tenían dificultad para tratar la importancia de la alimentación saludable

RESULTADOS ESPERADOS

Apoyar a la formación recibida en Alimentación saludable.  
Incrementar las destrezas en la combinación de alimentos para elaborar menús saludables teniendo en cuenta sus preferencias alimenticias debido a sus creencias religiosas y sus estados sociales y económicos.

MÉTODO

Presentación de la Piramide de alimentos y su uso en la elaboración de una dieta saludable.  
Distribución horaria de las ingestas y los alimentos incluidos en ellas según actividad.  
Distinguir el valor energético de los alimentos.  
Elaboración de menús y recetas de cocina.

INDICADORES

Encuesta de hábitos saludables previa y post intervención.  
Encuesta satisfacción escala Likert 1-5

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0330

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE ALIMENTACIÓN SANA

##### DURACIÓN

Dos horas lectivas, se realizará la intervención en la escuela de adultos de Alcañiz y en la escuela de adultos de Puigmoreno a los distintos grupos de las escuelas.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0339

### 1. TÍTULO

#### FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA SIRA TELMO HUESO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA  
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU  
CHUMILLAS LIDON RAQUEL  
SORRIBAS MARTI MIRIAM  
VALLES AGUILAR SILVIA  
RINCON ESTRADA RAFAEL  
GIMENO BALLONGA MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Marzo 2019.

El equipo elabora el protocolo de actuación de la FAA estreptocócica en el adulto e infografía resumen de consulta rápida.

Se imparte la primera sesión en el CS Alcañiz para todo el equipo, en la que se incide en los datos del indicador de farmacia en cuanto al uso de antibióticos en faringoamigdalitis aguda estreptocócica en el adulto y pediatría. Se presenta también el protocolo de actuación e infografía elaboradas, y se reparten copias para todas las consultas y atención continuada. Asistencia 30%

A los que no asistieron a la sesión, se les informó personalmente por parte de dos médicos del equipo, dejando registro.

Se recuerda desde farmacia la disposición de envases de test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TRDA) sin restricciones para todas las consultas, atención continuada y consultorios (envases 5 unidades).

- Enero - Diciembre 2019.

Se realizarán cortes trimestrales de seguimiento:

Diagnóstico de faringoamigdalitis aguda estreptocócica (código CIAP R72) y tratamiento farmacológico (farmacia). OMI-AP: registro criterios Centor y uso/resultados del TRDA.

Datos indicador: Uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica en adultos (DHD) (Cuadro mandos Farmacia) por CIAS, equipo y Sector.

- Octubre 2019.

Se imparte la segunda sesión en el CS Alcañiz incidiendo en los puntos a mejorar, aprovechando que empieza la temporada y la incorporación de nuevos compañeros. Asistencia 41%.

- Enero 2020.

Extracción de datos del proyecto correspondientes a 2019.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Año 2019.

455 pacientes han sido diagnosticados de FAA estreptocócica (código CIAP R72) y han recibido tratamiento antibiótico, de los que el 70,4% ha sido el de primera elección.

- 1 trimestre: 127 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 74% (15 con fenoximetilpenicilina y 78 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: penicilina sensible a betalactamasas 2, amoxicilina/clavulánico 15, cefuroxima 6, eritromicina 2, claritromicina 1 y azitromicina 8 (2 alérgicos a penicilina, uno es una posible alergia, y el resto sin alergias medicamentosas).

- 2 trimestre: 115 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 70% (18 con fenoximetilpenicilina y 63 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: amoxicilina/clavulánico 17, cefuroxima 5, ciprofloxacino 1, claritromicina 2, penicilina sensible a beta lactamasas 4 y azitromicina 4 (uno alérgico a amoxicilina, otro reacción cutánea con la misma y en los otros dos no consta ninguna alergia a fármacos).

- 3 trimestre: 98 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 65% (20 con fenoximetilpenicilina y 44 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: amoxicilina/clavulánico 15, penicilina sensible a beta lactamasas 4, cefixima 1, cefuroxima 4, claritromicina 1, eritromicina 3 y azitromicina 6 (uno de ellos constaba como alérgico a penicilinas, otro como posible, y el resto sin alergias conocidas).

- 4 trimestre: 115 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 65% (11 con fenoximetilpenicilina y 65 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: amoxicilina/clavulánico, cefixima 1, cefuroxima 4, eritromicina 2, moxifloxacino 1, penicilina sensible a beta lactamasas 1 y azitromicina 4 (ninguno alérgico a penicilina).

- Asisten el 71% profesionales del centro a una de las dos sesiones que se imparten. En febrero 2020 se presentarán los resultados al equipo.

- La difusión del protocolo e infografía ha sido del 100%.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0339

### 1. TÍTULO

#### FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

- El 45% de los pacientes diagnosticados de FAA estreptococica, cumplían menos de 3 criterios Centor, y no se les realizó TRDA, o no consta anotado en la historial, pero todos ellos recibieron tratamiento antibiótico. El 55% restante cumplían =3 criterios Centor. Se realizó el test al 50%, siendo positivo. En la sesión de octubre se recordó que hay que anotar los resultados siempre. Cuando son negativos generalmente no lo hacían. Se detecta infraregistro, si bien, por los datos de consumo de TRDA, se ha tenido que realizar el mismo al 85% de los pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hemos observado que cuando se dan instrucciones concretas y pautas no complicadas de actuación los profesionales mayoritariamente responden. Se ha ido implementando paulatinamente el uso de criterios Centor y TRDA, al igual la prescripción de antibióticos de primera línea: fenoximetilpenicilina y amoxicilina, o azitromicina en alérgicos a penicilina. (Hay un mayor uso de amoxicilina frente a fenoximetilpenicilina por desabastecimiento de esta última en las farmacias).

- Sigue habiendo profesionales que teniendo los medios y las pruebas no siguen el protocolo marcado, no sabemos si por desinterés, por escaso tiempo o por la demanda asistencial.

- El proyecto ha resultado muy práctico y útil para avanzar en el uso adecuado de los antibióticos tanto en nuestro centro como en colaboración con el resto de centros del Sector, a través del grupo PROA-AP.

#### 7. OBSERVACIONES.

Como responsable de este proyecto quiero destacar la labor de la residente R3-R4 Raquel Chumillas Lidón, por su interés y dedicación en el mismo.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/339 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0339

Título  
FARINGOAMIGALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Autores:  
TELMO HUESO MARIA SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, VALLES AGUILAR SILVIA, GIMENO BALLONGA MARIA PILAR, SORRIBAS MARTI MIRIAM, CHUMILLAS LINDON RAQUEL, RINCON ESTRADA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros  
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

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

PROBLEMA  
La faringoamigdalitis aguda (FAA) en el adulto es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro medio. La etiología más frecuente es viral. Dentro de la etiología bacteriana, el principal agente responsable es Streptococcus pyogenes o estreptococo β-hemolítico del grupo A (EBHGA), causante del 5-15% de los casos. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana y las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TRDA) son necesarias para reducir el sobrediagnóstico de FAA estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro, y el aumento de las resistencias. En 2018, la tasa de consumo de antibióticos en DHD (dosis diaria definida por mil habitantes día) en el Sector Alcañiz es la más alta de Aragón (23,9 DHD vs 17,6 DHD). En el EAP de Alcañiz la DHD es 20,05.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Optimización del uso de antibióticos en FAA estreptocócica en adultos.
2. Elaboración y difusión de un protocolo de actuación e infografía en el EAP Alcañiz.
3. Incorporar la prueba de diagnóstico TRDA en adultos a la práctica habitual.

#### MÉTODO

1. Elaborar un protocolo de actuación en FAA estreptocócica en adultos. Farmacéutica AP y miembros del equipo. Marzo 2019.
2. Elaborar una infografía resumen de consulta rápida.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0339

### 1. TÍTULO

#### FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Farmacéutica AP y miembros del equipo. Marzo 2019.  
3. Difusión del protocolo e infografía a todo el EAP.  
Una médica y una enfermera del proyecto. Marzo y octubre 2019.  
4. Envío de datos de seguimiento trimestrales. Realización de cortes trimestrales [marzo (pendiente de disponibilidad), junio, septiembre, diciembre 2019].  
Farmacéutica AP y una médica del proyecto.  
5. Suministro de los envases de TRDA necesarios.  
Farmacéutica AP. Marzo 2019.

#### INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes adultos con diagnóstico de FAA estreptocócica (código CIAP R72) en tratamiento con antibióticos de primera elección.  
Valor a alcanzar: 60 % (rango 60 -100%) en diciembre 2019 (dato acumulado de 12 meses).  
2. Sesiones impartidas en el EAP en 2019.  
Valor a alcanzar: 2 sesiones en 2019.  
3. Porcentaje de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que asisten a una de las sesiones impartidas en el EAP.  
Valor a alcanzar: 70 % (rango 70 -100%) en diciembre 2019.  
4. Grado de difusión del protocolo e infografía en el EAP.  
Valor a alcanzar: 90 % (rango 90 -100%) en diciembre 2019.  
5. Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA.  
Valor a alcanzar: 80% (rango 80-100%) en diciembre 2019 (corte en junio y diciembre 2019).  
6. Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA y ha resultado positivo.  
Indicador informativo en diciembre 2019 (corte en junio y diciembre 2019).

#### DURACIÓN

El proyecto se llevará a cabo en 2019 y su finalización está prevista en diciembre 2019.  
Especificado en el apartado de actividades y oferta del servicio.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0349

### 1. TÍTULO

#### REVISIÓN DE LA HbA1C EN LOS DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARCELA CECILIA AMESTOY CHIESA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS ALCAÑIZ
- Localidad ..... ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TELMO HUESO MARIA SIRA  
MINGUEZ LACASA MARIA PILAR  
EGEA ESPADA ROCIO  
TOMAS BLASCO PILAR  
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL  
BURGUES VALERO CARMEN  
NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó sesión clínica en Marzo de 2019 informando tanto a enfermería como a medicina cuales eran las pautas de actuación sobre las revisiones de las glicadas en los pacientes diabéticos, al menos dos al año como recomiendan las guías de práctica clínica.
- En dicha sesión también se mostró como teníamos el indicador del centro y por cupos y cuales iban a ser las acciones a tomar para la mejora del mismo.
- Se recordó que las analíticas deben pedirse por planes personales y que podrán solicitarlas tanto médico como enfermera, dando los resultados indistintamente tanto en consulta presencial como no presencial, pasando a consulta médica si los resultados estuvieran alterados.
- Se revisó con cada enfermera el cuadro de mandos de diabetes, para ver que pacientes no tenían la glicada solicitada desde primaria, bien porque no se había solicitado, o porque se revisaban desde especialista (internista o endocrino) o por que habían pasado ya los meses de la última analítica.
- Se recordó cómo registrar en OMI-AP las analíticas de pacientes que siguen controles por especialistas, registrando al menos en estos: glicada, GFR, albuminuria y lípidos.
- Se mostraron cada trimestre al equipo los resultados obtenidos en el indicador

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se partía de un indicador con valor de 41,25% a final de 2018, poniendo como objetivo un valor a alcanzar entre un 5 y 10%. El indicador fue evolucionando desde Abril hasta conseguir un pico en Julio del 49,34%, que se mantuvo en Octubre con un 49,22%. Finalmente se produjo una bajada a un 45,75% en Diciembre de 2019, lógica si tenemos en cuenta que en Diciembre caducaban las glicadas solicitadas en Junio que es cuando se alcanzó el pico máximo, y teniendo en cuenta que Diciembre es un mes con menos días hábiles y con fiestas que incluyen excesos dietéticos consideramos lógica la bajada que esperamos remonte próximamente, Aún así, casi hemos conseguido el estándar mínimo que nos proponíamos del 5% (mejora absoluta 4,50%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra intervención ha mejorado de forma moderada el indicador. Creemos que es conveniente que cuando se plantee un estudio de monitorización del indicador de HbA1C, que tiene medición semestral, se comience la intervención en los meses de Enero-Febrero para evitar que la intervención caduque en el mes con menos días hábiles: Diciembre.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/349 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0349

Título  
REVISION DE LA HbA1C EN LOS DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:  
AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA, TELMO HUESO MARIA SIRA, MINGUEZ LACASA MARIA PILAR, EGEA ESPADA ROCIO, TOMAS BLASCO PILAR, LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL, BURGUES VALERO CARMEN, NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0349

### 1. TÍTULO

#### REVISIÓN DE LA HBA1C EN LOS DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros  
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

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

#### PROBLEMA

Se ha detectado que la cobertura de petición de HBA1C, en pacientes diabéticos, en los últimos seis meses en nuestro centro de salud es mejorable. Este hecho se ha detectado al revisar el cuadro de mandos, donde el indicador de glicada en los últimos 6 meses está en 41,25%, y aunque es el Centro de Salud con más población del Sector, este indicador está lejos del resto de Centros de Salud de más población del mismo Sector. Además, si analizamos el gráfico de control del último año, este % se ha mantenido estable durante todo el año, por lo que podemos afirmar que hay numerosos pacientes que no se realizan dos HBA1C al año, que es el mínimo que recomiendan las guías de práctica clínica. Es cierto que existen pacientes en control por endocrinología cuyos datos de laboratorio no se registran directamente en OMI-AP, pero esto ocurre en todos los centros de salud de nuestro sector y las coberturas son mejores, independientemente del tamaño de los cupos. Las causas pueden ser problemas de coordinación internos del centro, usar poco el cuadro de mando, y sobre todo la inercia clínica, que finalmente se refleja en retraso para tomar medidas terapéuticas cuando el paciente las necesita.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Nos marcamos cómo objetivo el mejorar de forma estable al menos un 5% este indicador hasta diciembre de 2019.

#### MÉTODO

- Se va a realizar una sesión clínica con las recomendaciones actuales sobre las revisiones de glicada en los diabéticos.
- Se va a revisar con cada enfermera el cuadro de mandos de diabetes. Se propone que en épocas de menos demanda se revise el cuadro de mando anotando en un flash los pacientes controlados en AP a los que les falta la glicada, a modo de recordatorio.
- Formación en el uso de planes personales. Enfermería debe solicitar las analíticas por plan personal, sin necesidad de que los pacientes pasen por la consulta del médico para la solicitud, los resultados deben ser evaluados por el médico y en función de las cifras podrá ser comunicado por médico o enfermera en consulta no presencial o ser citado a consulta si se precisa modificación del tratamiento.
- Se mostrará como registrar en OMI-AP las analíticas de los pacientes controlados por endocrinología, para que, en función de la demanda puedan registrarse al menos la glicada, GFR, albuminuria y lípidos.

#### INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes diabéticos con dos controles de glicada al año. Valor a alcanzar entre 46%-50%.

#### DURACIÓN

MARZO 2019: Sesión clínica sobre coordinación médico-enfermera y uso de planes personales.  
MAYO-SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE: monitorización y sesión clínica de evaluación de resultados del indicador, tomando acciones de mejora en caso necesario

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0421

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MICHELOT LAMARRE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

CARCELLER LLIDO DAVID  
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON  
IBANEZ CANO ANA  
ARZA CANDIA NEWTON  
RODRIGUEZ ALVAREZ ERICKA  
MUÑOZ BARBA INMACULADA  
MATTHEW MATNET GIOVANNA IVONNE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el primer taller el sábado 6 de Abril de 2019 de 4 horas de duración, en los locales del Grupo Scout de Alcañiz, para monitores, rama compañeros y comité. Previamente propusieron realizar en el mismo día, un taller de RCP básica con muñecos, por lo que reservamos los muñecos del Hospital de Alcañiz para realizar la actividad. A la actividad acudieron 15 personas de las 26 a la que iba dirigida, se realizaron 3 grupos con 5 personas en cada uno de ellos. Cada grupo contaba con 3 sanitarios que dirigían la actividad. Un grupo realizó el taller de heridas, otro el de inmovilizaciones y el último de RCP, todos pasaron por los 3 talleres. En cada taller tenía su parte teórica, práctica y de evaluación, con casos clínicos que tenían que resolver como personal no sanitario.

Se revisó los botiquines de rama, son unas mochilas que tiene cada una de las ramas del grupo y que se llevan a las andadas, con un material mínimo de cura y mínima medicación analgésica. Se les explicó el uso, e incluso se les aconsejó la inclusión de cierto material que les sería de ayuda si hubiera algún incidente en dichas marchas, para que pudieran actuar hasta la llegada del personal sanitario.

El segundo taller propuesto para Junio, para realizar un refresco de ideas y conceptos antes del campamento de Julio, se suspendió, ya que mucha gente interesada no podía acudir al mismo, y solicitaron se realizara en los dos primeros días del campamento. Se realizó la misma actividad entre el 15 y 17 de Julio en Eriste, esta sin muñecos realizando igual los talleres de heridas, inmovilizaciones y de RCP. A esta actividad se sumaron todos los adultos, que sin ser del comité acuden al campamento a colaborar, además de todos los que ya la realizarán y los que no pudieron acudir en la primera sesión de Abril. También se revisaron los botiquines de ramas al igual que informamos de las nuevas inclusiones en los mismos y su uso. Además hablamos del material de fortuna, que son todo tipo objetos que nos rodean que puedes usar como material sanitario sin serlo y que nos pueden ayudar en un primer momento ante un accidente.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-En la primera convocatoria acudieron 15 de los 26 a los que iba dirigida, y se realizó una preevaluación tipo test para ver cuales eran sus conocimientos previos, en la que el 60% (9 de los 15 asistentes) fueron capaces de contestar al 50% de las preguntas. La preevaluación práctica previa fue superada por el 33,33% (5 de los 15 asistentes), en ella se evaluó la correcta inmovilización de diferentes partes del cuerpo y curas de diferentes heridas.

Tras finalizar los talleres se volvió a evaluar de la misma manera a los asistentes con muy buenos resultados, ya que el 100% logró contestar el 50% de las preguntas de test y el 86,66% (13 de los 15 asistentes) logró superar la parte práctica.

-En la segunda convocatoria llevada a cabo durante el campamento, acudieron 38 personas, se realizó el test previo a la actividad a 23 de ellos, ya que 15 ya lo habían realizado en la primera convocatoria, contestando el 69,56% (16 de los 23 participantes) al 50% de las preguntas, y la parte práctica fue superada por el 47,82% (11 de los 23).

Tras finalizar los talleres se evaluó a los 38 participantes de la actividad mediante un test en el que el 92,10% (35 de los 38 participantes) contestaron al menos al 50% de las preguntas de test, y el 84,21% (32 de los 38) superó la parte práctica.

-En la primera convocatoria del 6 de Abril, la asistencia fue del 57,69%, la satisfacción fue del 100%. Se les pasó una encuesta de satisfacción donde fuimos muy bien valorados y donde además el 100% de ellos concluyó que les iba a ser muy útil tanto para el próximo campamento como para su vida personal.

-La segunda convocatoria dentro del campamento entre el 15 y 17 de Julio, la asistencia fue del 100%. La satisfacción valorada por encuesta fue del 100% y al igual que la primera sesión fue considerado como muy útil tanto para el campamento como para su vida personal.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este grupo es muy consciente de las limitaciones que tiene la montaña a la hora de asistir a un herido. Todos quieren saber como actuar en un primer momento hasta que llegue el servicio médico, y tienen muy claro que el tiempo es oro en estos casos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0421

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

Toda la población en general y sobre todo los que trabajan de cara al público, sean niños o adultos, solicitan hoy en día cursos de este tipo, para poder realizar un primer auxilio ante un accidente, reconocer una parada y poder iniciar maniobras de RCP, porque saben que pueden salvar vidas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/421 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0421

Título  
TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

Autores:  
LAMARRE MICHELOT, CARCELLER LLIDO DAVID, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, IBAÑEZ CANO ANA, ARZA CANDIA NEWTON, RODRIGUEZ ALVAREZ ERICKA, MUÑOZ BARBA INMACULADA, MATTHEW MATTENET GIOVANNA YVONNE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La propuesta de esta actividad, surge de los monitores del Grupo Scout 227 de Alcañiz, tras presenciar ciertas heridas y fracturas a lo largo de estos años, durante las dos semanas que dura el campamento de verano. En muchas ocasiones había médico que curaba o suturaba las heridas en el mismo campamento sin necesidad de evacuación del herido, pero en otras ocasiones no había por lo que con las mínimas nociones de primeros auxilios o sin ellas, se evacuaba al herido lo más rápidamente posible al centro sanitario más próximo, a veces localizado a gran distancia.  
En otras ocasiones han presenciado golpes, contusiones o deformidades, lo más frecuente de extremidades, que han precisado traslado unas veces para descartar fracturas y otras para tratarlas. Si esta situación sucede con médico en campamento, el traslado se realiza con correcta inmovilización, pero si no lo hay, el traslado se realiza, al igual que con las heridas, lo más rápidamente posible al centro más próximo.

RESULTADOS ESPERADOS  
Dirigido al grupo Scout de Alcañiz, concretamente a monitores, rama de compañeros y personal de comité que quiera adquirir conocimientos sobre heridas e inmovilizaciones y pauta de actuación a nivel extrasanitario.

MÉTODO  
Vamos a realizar talleres en los locales del Grupo Scout, donde se impartirán tanto clases teóricas sobre heridas e inmovilizaciones, cómo clases prácticas con posibles casos y normas de actuación, así cómo un taller de vendajes funcionales.  
Se revisarán botiquines de rama, recordando el material que tienen y el uso que le pueden dar.  
Se expondrán casos más graves que pueden ocurrir durante el campamento y que precisen uso de "material de fortuna".

INDICADORES  
- Nº de participantes que realizan la actividad/ Nº total de convocados a la actividad.  
- Nº de participantes satisfechos con la actividad / Nº total de participantes que realizan la actividad.  
- Pasaremos encuesta de satisfacción, donde se valorará no sólo la satisfacción, sino si la consideran útil a nivel personal para poder ayudar en caso que fuera necesario.

DURACIÓN  
Esta actividad se realizará en dos tardes de unas 4 horas de duración cada una, estamos pendientes de confirmación de fechas, pero se realizará antes del siguiente campamento, previsto del 14 al 28 de Julio 2019 en Eriste.

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0421**

**1. TÍTULO**

**TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES**

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0506

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SHEILA NAYA PUERTO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

LAMARRE MICHELOT  
ZURERA TORO MANUEL JESUS  
GROS MORELLON TOMAS  
RINCON ESTRADA RAFAEL  
IBAÑEZ CANO ANA  
CARCELLER LLIDO DAVID  
MUÑOZ BARBA INMACULADA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El 5 de junio de 2019 realizamos la primera sesión en el centro joven a la que acudieron tanto la directora como 6 de los 12 monitores y 8 miembros del equipo de atención primaria. En esta primera sesión los monitores nos transmitieron sus dudas y el enfoque que querían darle al curso, ya que por el centro pasan semanalmente más de 100 niños, además realizan actividades por diferentes poblaciones por lo que sus miedos aumentan al no tener por las tardes personal sanitario en los consultorios.

Solicitan no solo saber realizar una RCP, sino que también quieren saber reconocer situaciones graves y como actuar en ellas como: hipoglucemias, crisis convulsivas, ansiedad, actuación ante heridas y contusiones, pérdida de conciencia y PLS, atragantamientos y epistaxis.

Aprovechamos esta primera reunión para realizar una evaluación previa de tipo práctico, resolviendo diferentes escenarios que podrían darse en el centro, tanto a los niños, acompañantes de estos como a los propios monitores.

- Por otro lado, nos solicitaron que les hicieramos un triptico de actuación para poder tenerlo colgado y que de forma muy visual sepan que hacer y a donde llamar en caso de ser necesario.

- Revisamos botiquín del centro y aconsejamos la compra de cierto material básico.

- En esa misma reunión ya se propuso fecha para la siguiente (finales de Junio), donde se les realizaria previa a la charla una evaluación tipo test para saber cuales eran sus conocimientos previos y otra al finalizarla. Les llevariamos también los bocetos de los tripticos visuales de actuación

- Habría una última reunión donde se realizaría el taller de RCP con muñecos, prevista para la primera quincena de Julio, fecha en la que estaban libres los muñecos en el Hospital de Alcañiz.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la evaluación práctica realizada el día 5 de Junio, 4 de los 6 monitores pasaron dicha prueba, donde se evaluó la resolución de diferentes casos clínicos preparados, unos de forma individual y otros con participación colectiva.

A finales Junio, nos avisaron que se debía de suspender esta actividad ya que iban a haber cambios en el personal con incorporación de una nueva plantilla de monitores. Se habló con la directora de suspender dicha actividad pero nos dijo que los nuevos monitores estaban interesados en realizarla de la misma manera. Ya que no se ha podido realizar este año y teniendo todo el material preparado: test evaluación, casos clínicos a resolver de forma práctica, la teoría, el boceto de los tripticos,..... se decidió, que sería de seguimiento para el siguiente año, teniendo la primera reunión en febrero 2020

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cronograma ha tenido que alargarse por razones ajenas a nuestra voluntad. Como aspecto positivo, el proyecto sigue interesando a pesar de los cambios en la plantilla de monitores.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/506 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0506

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0506

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ

PROTOSCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ

Autores:  
NAYA PUERTO SHEILA, LAMARRE MICHELOT, ZURERA TORO MANUEL JESUS, GROS MORELLON TOMAS, RINCON ESTRADA RAFAEL, IBAÑEZ CANO ANA, CARCELLER LLIDO DAVID, MUÑOZ BARBA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
El Ayuntamiento de Alcañiz, en el año 2004, abrió las puertas del Centro Joven, cómo un servicio para la población infanto-juvenil para poder jugar, acudir a leer, acudir con sus familia para disfrutar de las instalaciones o a participar en las diferentes actividades que organizan cómo obras de teatro, disfraces, tertulias,.....  
A lo largo de sus casi 15 años de historia, han tenido multitud de incidentes unos más graves que otros, y los responsables del centro han tenido muchas dudas a la hora de actuar en los incidentes que han ido sucediendo, por lo que plantearon realizar un curso no sólo de primeros auxilios, sino también el tener un protocolo de actuación en cada una de las situaciones que pueden plantearse, para tener más seguridad ante las mismas.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Los objetivos del proyecto son:  
- Crear protocolos de actuación para personal no sanitario en función de las diferentes situaciones que pueden plantearse: contusiones, heridas, TCE, convulsiones, perdidas de conciencia,.....  
- Reconocer situaciones graves.  
- Taller de RCP.

**MÉTODO**  
- Sesión clínica con las normas de actuación en las diferentes situaciones creando un protocolo de actuación para cada una de ellas.  
- Taller de RCP  
- Botiquín mínimo en las instalaciones.

**INDICADORES**  
- Número de asistentes a la actividad/ número de responsables del centro  
- Grado de satisfacción de los usuarios con la actividad, mediante encuesta de satisfacción  
- Conocimientos y habilidades aprendidos con la actividad, mediante evaluación final con diferentes casos clínicos.

**DURACIÓN**  
Se realizarán un mínimo de dos sesiones a pactar previamente, antes que finalice el año 2019, de unas 3 horas de duración cada una.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0754

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO  
SORRIBAS MARTI MIRIAM  
MINGUEZ LACASA MARIA PILAR  
NAYA PUERTO SHEILA  
VALLES AGUILAR SILVIA  
SOLDEVILLA JIMENO ELENA  
TOMAS BLASCO PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica con los profesionales de la Unidad del Crónico complejo del Hospital.  
Sesiones mensuales de los componentes del proyecto poniendo en común las dudas, mejorando cómo realizar el plan de intervención en los pacientes.  
Sesiones bimensuales con el resto del equipo, el 3er miércoles de cada mes  
Evaluación trimestral de de los indicadores con realización de las acciones de mejora.  
Se hacen sesiones con incapié en las valoraciones enfermeras  
Se repasan los protocolos de los principales diagnósticos de los pacientes crónicos complejos elaborando actividades e intervenciones estándar según diagnósticos.  
EPOC: limpieza de vías aéreas, signos de alarma de exacerbadión  
DIABETES: correcto manejo de los tratamientos  
INSUFICIENCIA RENAL: constantes, medidas higiénico dietéticas  
INSUFICIENCIA CARDICA: controles de pesos, control edemas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el primer corte de indicadores estábamos en el 30,81% de inclusión de pacientes GMA>97. Corte realizado en Junio  
En Junio, el corte estaba en 30.81% y en septiembre 31,83%  
En el Plan de Intervención no se ha llegado al valor estándar pero si que se ha mejorado del corte primero que estaba en junio en 30,77% y el corte en septiembre estaba en 37,01%  
Aún habiendo una mejoría de dichos indicadores y al realizar las valoraciones de enfermería se ha conseguido registrar y realizar el test de Zarit. Todavía queda mucho por mejorar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con las distintas sesiones grupales que hemos tenido hemos conseguido mejorar en los indicadores, mejorar en las actuaciones con los pacientes e intentar que haya menor número de ingresos de larga estancia, ya que con la comunicación con la unidad de Crónico Complejo se han podido disminuir dichos ingresos y por tanto disminuir los costes.  
Uno de los problemas con los que nos encontramos en no mejorar lo suficiente fueron los cambios de muchos de los componentes de dicho programa de mejora debido a los traslados, oposición, bajas médicas y cambios de cupo.

#### 7. OBSERVACIONES.

Este proyecto será de continuidad, ya que queda mucho por trabajar y mejorar.  
Los componentes del equipo algunos de ellos serán distintos ya que no están actualmente en dicho centro de salud

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/754 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0754

Título  
IMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:  
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO, MINGUEZ LACASA MARIA PILAR, NAYA PUERTO SHEILA, VALLES AGUILAR SILVIA, SOLDEVILLA JIMENO MARIA ELENA, TOMAS BLASCO PILAR, SORRIBAS MARTI MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0754

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pluripatología  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

El despliegue del programa del paciente crónico complejo comenzó el año pasado y nestras coberturas, aunque se han venido desarrollando, existe espacio para la mejora.  
Hemos incluido al 56% de los pacientes con P.99 y el 52% de los pacientes incluidos no tenían plan de intervención en el último contacto

##### RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la inclusión de pacientes con criterios de selección en el programa del paciente crónico complejo.  
Conseguir que todos los pacientes incluidos tengan un plan de intervención escrito actualizado y garantizar la continuidad asistencial en estos pacientes para evitar ingresos.

##### MÉTODO

Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo.  
Evaluación trimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas del análisis de los mismos.

##### INDICADORES

% de pacientes con GMA > 99 incluidos en programa  
% de pacientes con plan de intervención en el último contacto

##### DURACIÓN

Finales de marzo: sesión clínica programa paciente crónico complejo  
Marzo-abril: primer corte de indicadores  
Septiembre: segundo corte  
Enero: revisión final

##### OBSERVACIONES

modifica el proyecto 2019\_0382

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0755

### 1. TÍTULO

#### AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM SORRIBAS MARTI  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MINDAN GAZULLA BEATRIZ  
CLAVIER ESCANILLA ESTEFANIA  
AGUILAR JULIAN MARTA  
CASTELLANO JUSTE ISABEL  
EGEA ESPADA ROCIO  
NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES  
GROS MORELLON TOMAS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de Marzo:

- Reunión inicial del grupo e trabajo del Proyecto con el fin de organizar las tareas a realizar.
- Se elabora una hoja de autoregistro de Tensión Arterial que resulte cómoda y sencilla para el uso del paciente, consta de doce tablas correspondientes a cada una de las semanas con casillas para las tres tomas de TA antes del desayuno, antes de la comida y antes de la cena.
- Diseño de una hoja informativa con pautas para la correcta realización de la técnica por parte del paciente, con instrucciones a cerca de la frecuencia, el modo y la técnica de autocontrol de TA.
- La técnica consistirá en tomar la PA un día a la semana, antes de desayunar, antes de comer y antes de cenar. Tres tomas cada vez, sin retirar el manguito y esperando un minuto entre una toma y otra.
- La población elegida para el estudio es un cupo con un total de 1824 pacientes de los cuales 464 tienen diagnóstico de HTA.

Durante el mes de Abril:

- Se informa al resto del personal de enfermería del Centro de Salud de Alcañiz de la existencia de dichos documentos y del estudio que se va a llevar a cabo. Con fin informativo y en el caso de que les pudiesen ser útiles las hojas de autorregistro para su consulta. En caso de que las llegaran a usar, esos pacientes no serán objeto de este estudio.
- Se comienza el proceso de información y entrega de la hojas de autorregistro a los pacientes hipertensos que siguen revisiones periódicas en consulta de enfermería a estudio.

Durante los meses siguientes hasta el mes de Diciembre incluido:

- Cada paciente hipertenso realiza una consulta de seguimiento por parte de la enfermera cada tres meses, en dicha consulta se recogen cifras de AMPA (Auto Medición de la Presión Arterial) de los últimos tres meses y se entrega nueva hoja de registro.
- Se toma TA en consulta, se realiza una media de cifras de tensiones domiciliarias y se registran ambos datos en la historia clínica del paciente.
- Se revisa el tratamiento farmacológico del paciente ( posología, dosis, horario,etc...)
- Se comprueba una vez a lo largo del periodo la discrepancia del tensiómetro del paciente

Durante el mes de Enero 2020:

- La primera semana de Enero se reúnen todas las hojas de autorregistro que se han ido recogiendo de los 147 pacientes con tratamiento farmacológico para la HTA que han acudido a las visitas programadas de enfermería del cupo a estudio.
- Se analizan los datos obtenidos durante el proceso para la realización de la memoria. (no se analizan datos de ningún otro cupo del C.S.)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La prevalencia de HTA diagnosticada en el cupo a estudio es del 25,43%

El 31,68% de los 464 pacientes hipertensos realizan autocontrol y autorregistro domiciliario

El 85,03% de los pacientes que realizan un autocontrol y autorregistro domiciliario lo realizan correctamente.

El 83,67% de pacientes que realizan el autocontrol y autorregistro domiciliario obtienen unas cifras óptimas de tensión arterial. Tomando con cifras óptimas aquellas que no superan 140-90 mmHg

El 44,89% de pacientes que realizan un autocontrol y autorregistro domiciliaria obtienen cifras de tensión arterial en consulta superiores a las cifras domiciliarias.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0755

### 1. TÍTULO

#### AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

##### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observa que un 25,43% del cupo estudiado es hipertenso, algo superior que la media de Aragón. Durante este año se consigue que el 31,68% de estos pacientes hagan un autocontrol y autorregistro domiciliario de la Tensión Arterial. Un 44,89% de pacientes experimenta una reacción de alerta ante la toma de PA, que en algunos casos puede ser muy importante. Según los datos obtenidos el 44,89% de los pacientes obtienen mejores cifras de tensión en domicilio que en consulta. Se podría definir como HTA de "Bata Blanca". El uso del AMPA es una herramienta muy útil en el manejo de la HTA en Atención Primaria, siendo necesario implicar a los pacientes en su patología e instruirlos en la realización de la técnica, además se consigue mayor adherencia al tratamiento. El uso de esta herramienta mejora el diagnóstico de hipertensión, valora el efecto de los fármacos y conciencia más al paciente en el control de su patología.

##### 7. OBSERVACIONES.

No todos los pacientes son tributarios de AMPA. La selección adecuada de los pacientes es importante ya que, en algunos casos como arritmias cardíacas, ancianos con déficit cognitivo, auditivo o visual o pacientes con personalidad obsesiva contraindican la realización de AMPA. El coste de los aparatos de AMPA también es una importante contraindicación ya que aunque la mayoría de los pacientes pueden comprarlos, existe otro grupo que no puede asumir el gasto que cuesta un aparato automático para AMPA. Es importante que los pacientes mejoren sus conocimientos y se impliquen en los cuidados de sus patologías crónicas. Esta hoja de autoregistro ha sido útil y sencilla de rellenar para los pacientes incluidos en el estudio, creemos que se puede hacer un uso más generalizado en el Centro de Salud de Alcañiz.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/755 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0755

Título  
AUTOMEDIDA DE LA PRESION ARTERIAL, LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

Autores:  
SORRIBAS MARTI MIRIAM, MINDAN GAZULLA BEATRIZ, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES, AGUILAR JULIAN MARTA, GROS MORELLON TOMAS, EGEA ESPADA ROCIO, CASTELLANO JUSTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: HTA  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Ante la importancia de la hipertensión arterial HTA como factor de riesgo cardiovascular y las discrepancias entre las cifras de TA en consulta y en domicilio se detecta la necesidad de formar a los pacientes en el registro de tomas de TA en domicilio con la finalidad de detectar la hipertensión de bata blanca y ajustar a los tratamientos a las necesidades del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS  
Lograr una mayor implicación del paciente en su patología.  
Mejorar la adherencia al tratamiento.  
Facilitar el diagnóstico de HTA de bata blanca.  
Determinar la eficacia del tratamiento.  
Evitar posibles hipotensiones e hipertensiones a lo largo del día.

MÉTODO  
1.- Diseñar una hoja de registro de medicaciones para el paciente y colgarla en las plantillas de OMI-AP  
2.- Diseñar unas instrucciones sencillas para realizar la técnica.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0755

### 1. TÍTULO

#### AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

- 3.- Presentar dicha hoja a los compañeros de atención primaria.
- 4.- Instruir a los pacientes seleccionados en la correcta técnica de AMPA
- 5.- Comprobar la discrepancia del aparato del paciente con el nuestro.

#### INDICADORES

- % de pacientes hipertensos/ total de pacientes
- % de pacientes hipertensos que aceptan el autocontrol / total de hipertensos
- % pacientes hipertensos que realizan correctamente el AMPA / total pacientes que realizan AMPA
- % de pacientes hipertensos con cifras optimas de AMPA/ total de pacientes que realizan AMPA
- % de pacientes con HTA de bata blanca/ total de pacientes que realizan AMPA

#### DURACIÓN

- Diseño de hoja de registro en marzo de 2019
- Presentación al personal del centro en abril de 2019
- Inicio de entrega de hoja de registro a los paciente en abril de 2019
- Evaluación del proyecto en febrero 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 - 2019/1094

### 1. TÍTULO

#### ACTUACIÓN CON POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA ARQUED NAVAZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GAN GARGALLO MARIA CARMEN  
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE  
BLASCO ANENTO MARIA PILAR  
PIRVULESCU MARIANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se aplicó el protocolo de acogida al paciente inmigrante a todos los niños y niñas inmigrantes que han acudido a las consultas de Pediatría de Atención Primaria del Centro de Salud de Alcañiz como demanda o de manera programada para revisiones.

Se les realizó una anamnesis básica (edad, sexo, lugar de procedencia, patologías relevantes desde el nacimiento, información vacunal...), exploración física y se realizaron peticiones de:

mantoux tras 10-12 semanas de la llegada del niño o niña a España.  
Recogida de 3 muestras de heces para cultivo y parásitos, analítica de sangre con hemograma, bioquímica, serologías postvacunales (HbsAg), metabolismo del hierro y hormonas tiroideas. En un paciente realizamos también investigación de enfermedad de Chagas.

En ninguno de los pacientes hemos tenido que realizar pruebas complementarias adicionales que si se contemplan en el protocolo para determinados casos:

África subsahariana/adoptados/madres de riesgo/adolescentes sexualmente activo/operaciones con riesgo (tatuajes, circuncisión, transfusiones): VIH, sífilis, VHC.

Centro y Sudamérica especialmente Colombia, Paraguay, Bolivia (no Caribe): cribado Chagas.

África subsahariana/Nilo/Oriente Medio: esquistosomiasis urogenital... tira de orina tras ejercicio: si hematuria, recoger orina para detectar parásito.

<5a con ancestros raza negra (mulatos, indo-paquistaníes, península arábiga, sur del Magreb): cribado drepanocitosis.

Si fiebre y África subsahariana, Asia o Sudamérica: paludismo gota gruesa.

Asia meridional, lactantes de madres piel oscura, si toman antiepilépticos o tienen algún trastorno absorción intestinal: vitamina D.

Mutilación genital femenina: África subsahariana, Nilo, Pakistán (Bohmas), malasia, Indonesia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras realizar una revisión de los niños inmigrantes llegados a Alcañiz en años anteriores que han acudido a nuestras consultas por motivo de cita de demanda o programada a lo largo de 2019, hemos evidenciado que en escasos pacientes se habían realizado pruebas complementarias.

La única prueba solicitada en alguna ocasión habían sido parásitos en heces, detectando en un paciente giardia lamblia.

En este 2019 hemos recogido datos de 18 pacientes (9 niños y 9 niñas) de edades comprendidas desde los 18 meses hasta los 13 años (media 7,8 años).

El 38,9 % (7 niños) proceden de Marruecos, el 27,8% (5 niños) proceden de Rumanía, 3 niños de Colombia y 1 niño de Cabo verde, 1 niña de Cuba y 1 niño es saharauí (programa de acogida en verano).

Los resultados encontrados han sido:

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos): el 72,2% (13 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 72,2% (13 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología de virus de la hepatitis B (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 72,2 % (13 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado despistaje alteraciones tiroideas (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado TSH y T4 x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 55,5% (10 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 50% (9 niños), siendo negativo en todos los casos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1094

### 1. TÍTULO

#### ACTUACIÓN CON POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 61,1% (11 niños)

Otro resultados a destacar ha sido que en 5 niños de los 13 (el 38,46%) que se realizaron analítica habían títulos no protectores de anticuerpos frente a hepatitis B (AcshB) a pesar de presentar en 3 de los casos cartilla de vacunación.

Además se constató anemia en un caso (Hb 10,8 g/dL) y eosinofilia del 10,3% en otro paciente.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo se ha aplicado correctamente solicitando todas las pruebas pertinentes en el 88,9% de los casos. Lo consideramos aceptable puesto que la logística de petitorios es compleja, para cada paciente son necesarios 5 volantes escritos a mano y un volante extraído desde el programa informático OMI-ap. Se podría intentar disminuir el número de volantes para facilitar al profesional la aplicación del mismo.

El cumplimiento por parte de los pacientes ha sido parcial. Sólo 7 casos han realizado en su totalidad el protocolo (38,9%). Esto ha podido deberse a dificultades idiomáticas y de constancia de las familias. Un factor externo a las familias que ha podido influir es que la prueba del mantoux en Alcañiz ha de realizarse en medio hospitalario en un horario determinado (de 12 a 14h) lo que ha podido dificultar la obtención de este parámetro. A su vez, 5 de los 18 niños son hermanos, lo que también ha podido dificultar el cumplimiento del protocolo. Se intentará recaptar a estos niños en sus próximas visitas para completar calendario vacunal acelerado.

Debido al escaso grado de cumplimiento del protocolo por parte de las familias y el número de pacientes reclutados, ha podido detectarse poca patología descrita en niño inmigrante. Aunque si que hemos podido completar calendarios vacunales en el 94,4% de los pacientes.

A pesar de esto, pensamos que ha sido muy útil la elaboración de este protocolo que podrá en un futuro detectar circunstancias que ayuden a nuestros niños y niñas inmigrantes.

#### 7. OBSERVACIONES.

Estamos intentando completar pruebas en los pacientes reclutados y recabar información de cuantos niños y niñas inmigrantes han llegado en 2019 a vivir a Alcañiz con lo que estamos contactando con los informáticos del Sector.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1094 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1094

Título  
ACTUACION CON POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE

Autores:  
ARQUED NAVAZ MARTA, GAN GARGALLO MARIA CARMEN, MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, BLASCO ANENTO MARIA PILAR, PIRVULESCU MARIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

#### 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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En la sociedad actual existen muchos cambios migratorios. En nuestro medio existe un ambiente pluricultural enriquecedor pero a veces no tenemos bien definido cómo actuar ante inmigrantes recién llegados. En otros lugares se ha establecido un protocolo de acogida al paciente pediátrico inmigrante que requiere una entrevista con peculiaridades (diferente idioma, cultura y hábitos alimenticios, dificultades para recabar antecedentes personales y familiares...) y una exploración adaptada para valorar en algunos casos patología tropical. También tenemos que descartar que tengan enfermedades como anemia, ferropenia, hipotiroidismo... En ausencia de este protocolo de acogida, es posible que se nos estén pasando por alto problemas de elevada prevalencia en este colectivo.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1094

### 1. TÍTULO

#### ACTUACIÓN CON POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE

##### RESULTADOS ESPERADOS

- General: Homogeneizar la actuación pediátrica ante los niños y niñas inmigrantes cuyo centro de salud de referencia es el Centro de Salud de Alcañiz.
- Realizar las exploraciones recomendadas en los protocolos de acogida al paciente pediátrico de referencia en nuestro medio:  
Hemograma  
Determinación de patrón férrico: sideremia y ferritina  
Detección de hepatitis B (HbsAg)  
Hormonas tiroideas: TSH y T4 libre  
Mantoux  
Parásitos en heces

##### MÉTODO

Se elaborará un protocolo de acogida al paciente inmigrante. Durante el desarrollo de nuestra actividad asistencial se realizará la captación de estos pacientes y la aplicación del protocolo, con la colaboración de enfermería. Posteriormente se analizará la patología detectada respecto al total de pacientes analizados. Además de los contenidos reflejados en los objetivos se podrán individualizar otras pruebas para cada niño:  
África subsahariana/adoptados/madres de riesgo/adolescentes sexualmente activo/operaciones con riesgo (tatuajes, circuncisión, transfusiones): VIH, sífilis, VHC.  
Centro y Sudamérica especialmente Colombia, Paraguay, Bolivia (no Caribe): cribado Chagas.  
África subsahariana/Nilo/Oriente Medio: esquistosomiasis urogenital...tira de orina tras ejercicio: si hematuria, recoger orina para detectar parásito.  
<5a con ancestros raza negra (mulatos, indo-paquistaníes, península arábiga, sur del Magreb): cribado drepanocitosis.  
Si fiebre y África subsahariana, Asia o Sudamérica: paludismo gota gruesa.  
Asia meridional, lactantes de madres piel oscura, si toman antiepilépticos o tienen algún trastorno absorción intestinal: vitamina D.  
Mutilación genital femenina: África subsahariana, Nilo, Pakistán (Bohmas), Malasia, Indonesia.

##### INDICADORES

- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología de virus de la hepatitis B (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado despistaje alteraciones tiroideas (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado TSH y T4 x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).

Como de entrada no sabemos qué coberturas tenemos actualmente de estos indicadores planteamos una medición antes de comenzar en una muestra de 30 pacientes. Una vez finalizada la intervención volveremos a medir los indicadores en una muestra de 40 pacientes inmigrantes atendidos tras la implantación del proyecto.

##### DURACIÓN

A lo largo de 2019

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

### 1. TÍTULO

#### PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIRIAM FACI OLMOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

AGUILAR JULIAN MARTA  
ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA  
CASTELLANO JUSTE ISABEL  
MINGUEZ LACASA MARIA PILAR  
OMEDES BES MARIA  
PEREZ PORCAR ANA ISABEL  
RINCON ESTRADA RAFAEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

\*Durante el mes de Marzo:

-Reunión inicial del grupo de trabajo de la A. comunitaria, con el fin de organizar las actividades a realizar  
-Se contacta vía telefónica con la docente responsable del curso para explicar objetivos, características, duración y concretar las fechas y horarios para la realización de los talleres formativos.  
-A continuación, se le remite la documentación pertinente del taller a la docente responsable del IES.  
-Reunión del grupo de trabajo, con objeto de planificar los talleres teórico-prácticos, así como elaboración del pre-test y post-test, para evaluar los conocimientos previos y los adquiridos en el taller.  
-Solicitud de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP al área de formación sanitaria del IES  
-Previo a la actividad los alumnos realizaron el pre-test, con el fin de determinar los conocimientos previos al taller, ese día faltaron 4 alumnos por actividades educativas organizadas por el instituto.

\*Durante el mes de Abril:

- La realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en el IES Bajo Aragón fueron 24, 25 y 26; Consistió en una breve exposición de 15' duración de diapositivas para fijar los conceptos de PAS, PLS, RCP, OVACE, convulsiones, epistaxis, traumatismos y quemaduras. Posteriormente se realizaron 30' de prácticas sobre la correcta la realización de RCP, PLS y OVACE. Para ello se dividieron en 3 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos uno o dos miembros del equipo de trabajo como docente.  
Esta actividad estaba prevista realizarla con 5 grupos: 3º A, 17 alumnos; 3ºB, 14; 3º C, 16; 3º E, 19; 3º F, 20, un total de 86 alumnos. Ese día la asistencia fue de 70 alumnos debido a que coincidía la actividad con una actividad de intercambio educativa. (Faltaron 16 alumnos)  
Finalmente se realizó el post-test para comprobar los conocimientos adquiridos.  
Ajustándose al horario previsto La duración total de la actividad en cada grupo de 3º de la ESO fue de 50 minutos.

\*Durante el mes de Mayo

-Se realiza la corrección de los cuestionarios pre y el post-actividad.  
-Reunión del grupo de trabajo, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico.

\*Durante el mes de Diciembre

-Nueva reunión del grupo de trabajo, con el fin de realizar la memoria del trabajo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-La asistencia a la actividad fue del 81,4% de los alumnos de 3º de ESO de los grupos que solicitaron la actividad del IES Bajo Aragón.

-Los alumnos obtuvieron una nota media de 7,68 sobre 10 en el cuestionario previo.

-En el cuestionario post-actividad, los alumnos obtuvieron una media de 9,96 sobre 10.

-Los resultados de los cuestionarios que evaluaban los conocimientos de los alumnos estaba compuesto por 10 items, 9 de los cuales eran tipo test con dos opciones, a elegir la correcta, y la restante de completar, evaluando los conocimientos impartidos durante el taller.

-La totalidad de los alumnos adquirieron en los 30 minutos de prácticas, habilidades necesarias para ejecutar correctamente lo explicado en la teoría.

-Durante la actividad, varios alumnos contaron al grupo sus experiencias personales en las que les hubiera gustado tener estos conocimientos para poder actuar y ayudar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, la asistencia de los alumnos a los talleres es de un 81,4%, y los alumnos que no asistieron al taller fue por una actividad de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

### 1. TÍTULO

#### PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

intercambio con otros centros educativos internacionales.

Se ha confirmado con los test que se realizaron antes del taller y después del mismo, que los alumnos han adquiridos habilidades y destrezas, individuales y grupales, en primeros auxilios; ya que la puntuación del cuestionario, se ha visto incrementada significativamente.

Se ha demostrado tanto por resultados evaluados como por la actitud y las destrezas adquiridas por los alumnos que les ha sido de utilidad y han adquirido los conocimientos básicos sobre primeros auxilios.

Respecto a los profesionales del centro de salud y MIR, ha sido una actividad muy satisfactoria, ya que ha logrado la implicación de muchos de ellos, tanto asistiendo como docentes al taller, como cubriendo al personal que se desplazó hasta el centro educativo.

Los miembros participantes de los talleres, valoran la actividad como positiva, era la primera vez que desde el centro de salud se realizaba esta actividad en el instituto.

Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población puede resultar de vital importancia.

Es necesaria la educación para la salud en los centros educativos para fomentar buenos hábitos, espíritu de ciudadanía, responsabilidad en la adolescencia y prevenir actitudes no deseadas familiarizandolos en situaciones de primeros auxilios.

Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor, que sería importante poderlo repetir en próximos años.

#### 7. OBSERVACIONES.

Desde el centro de salud creemos importante fomentar los conocimientos de los alumnos de primaria y secundaria respecto a primeros auxilios.

En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, se vio que el tiempo de realización fue demasiado ajustado, 50 minutos de duración de una clase, por lo que dificultó el diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar ampliamente.

Los docentes del centro educativo consideran muy interesante la realización de la actividad y sugieren la realización de la actividad del taller todos los años a los alumnos de 3º de ESO, haciéndolo coincidir con el estudio del Cuerpo Humano en la clase de Biología.

Según los resultados y tras la demanda por parte de profesores y alumnos, se prevé la continuidad anual de esta actividad.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1283 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1283

Título  
PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

Autores:  
FACI OLMOS MIRIAN, ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, MINGUEZ LACASA MARIA PILAR, OMEDES BES MARIA, PEREZ PORCAR ANA ISABEL, RINCON ESTRADA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS BÁSICOS  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Día tras día somos testigo de la poca formación sanitaria, dudas y miedos que existe en primeros auxilios y

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

### 1. TÍTULO

#### PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

atención inicial a la urgencia.

La población infantil y adolescentes son susceptibles de sufrir tanto accidentes como patología aguda que requieran una rápida intervención y cuya evolución pueda depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos.

El centro educativo es el espacio idóneo para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje sobre primeros auxilios.

En los centros educativos de Aragón, no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios, según Resolución de 7 de noviembre de 2017, del Director General de Innovación, Equidad y Participación y el Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón, por la que se dictan instrucciones relativas a la atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas así como la intervención en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

La actividad se origina desde el Instituto IES Bajo Aragón de Alcañiz, por la necesidad manifiesta de una de las profesoras de Biología de 3º ESO de dicho centro, acerca de que los alumnos de 3º de la ESO tengan nociones de 1º auxilios

Desde el Centro de Salud consideramos primordial que los alumnos tengan nociones sobre primeros auxilios ya que desde hace 2 años se vienen impartiendo talleres sobre esta materia a niños de 6º de primaria de los colegios de Alcañiz, con resultados muy satisfactorios.

La población a la que va dirigida esta actividad son alumnos que a día de hoy no han realizado dichos talleres, bien porque no estaban incluidos en el rango de edad en el momento que se inició la actividad comunitaria o bien son alumnos procedentes de colegios de otras localidades.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### GENERALES:

-Proporcionar a los alumnos de 3º de ESO del IES Bajo Aragón conocimientos básicos sobre primeros auxilios  
-Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en 1º auxilios

##### ESPECIFICOS:

-Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la adolescencia.  
-Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas  
-Los alumnos, después de la actividad, identificarán situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y actuarán de forma básica.

#### MÉTODO

-Reunión inicial del grupo de trabajo de la A.comunitaria, con el fin de organizar actividades a realizar  
-Contactar vía telefónica con la docente responsable del curso para explicar objetivos, características, duración y concretar las fechas y horarios para la realización de los talleres formativos.

-A continuación, se le remitirá la documentación pertinente del taller a la docente responsable del IES.

-Reunión del grupo de trabajo, con objeto de planificar los talleres teórico-prácticos, así como elaboración del pre- test y post-test, para evaluar los conocimientos previos y los adquiridos en el taller.

-Solicitud de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP al área de formación sanitaria del IES

-Previo a la actividad los alumnos realizarán el pre-test, con el fin de determinar los conocimientos previos al taller .

- Realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en el IES Bajo Aragón; Consistirá en una breve exposición de 15' duración de diapositivas para fijar los conceptos de PAS, PLS, RCP, OVACE, convulsiones, epistaxis, traumatismos y quemaduras.

Posteriormente se realizarán 30' de practicas sobre la correcta la realización de RCP, PLS y OVACE.

Para ello se dividirán en 3 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos un docente del centro de salud.

Finalmente, se realizará el post- test, para comprobar los conocimientos adquiridos.

La duración total de la actividad en cada grupo de 3º de la ESO será de 50`.

Total 5 grupos; 3º A 17 alumnos, 3ºB 14, 3º C 16, 3º E 19, 3º F 20, un total de 86 alumnos.

-Reunión del grupo de trabajo, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico.

#### INDICADORES

Alumnos participantes/Total de niños de 3º ESO del IES

Alumnos participante por grupo/total de alumnos de grupo

Resultados del pre-test y post-test (el test consiste en 10 preguntas con dos opciones, con una solo respuesta correcta)

#### DURACIÓN

MARZO 2019: Contacto de la docente responsable con trabajador del C.S. solicitando la actividad. Exposición en el C.S. de la actividad y creación del grupo, con los trabajadores interesados en participar.

ABRIL 2019: Reunión del grupo de trabajo (planificación de contenidos, reparto de tareas y creación de calendario de trabajo).

Entrega del pre-test a la docente para su posterior distribución a los alumnos.

Días 24,25 y 26 de abril desarrollo de los talleres teórico-prácticos en el centro educativo.

MAYO 2019: Evaluación del pos-test.

Redacción de memoria y conclusiones.

#### OBSERVACIONES

Dependemos del horario y calendario escolar.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

### 1. TÍTULO

#### PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

### 1. TÍTULO

#### FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA GORETI GOMEZ TENA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCORISA  
· Localidad ..... ALCORISA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN  
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA  
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Continuamos escribiendo artículos en el periódico local del CRIET hasta el mes de junio de 2019. Marzo pantallas saludables. Abril deporte y sedentarismo. Mayo riesgos de internet y redes sociales. Junio primeros auxilios

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El método no ha funcionado, ya que aunque las reuniones con los niños eran muy enriquecedoras, luego el paso de resumen y maquetación ha sido muy farragoso y casi siempre se encargaba el mismo profesor mandándome el borrador por email. Quizá una periodicidad trimestral hubiera sido más adecuada. Además los cuestionarios de conocimientos se extraviaron y no hemos obtenido ese indicador  
Aún así todas las encuestas de satisfacción han sido 10 sobre 10 y el resultado final satisfactorio para los compañeros del centro de salud

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el curso escolar la plantilla de profesores ha cambiado, junto con el equipo directivo y la forma de trabajo de los proyectos en el aula por lo que nuestro proyecto ha finalizado .queda pendiente volver a retomar las negociaciones para plantear nuevas intervenciones de cara al próximo curso.  
Dentro de este proyecto ha habido muchas variaciones en cuanto a los grupos de chavales (número, nacionalidad, nivel curricular y de conocimientos...)lo que nos ha supuesto una reconversión de la forma de trabajar constante  
No hemos tenido un feed back adecuado puesto que los chavales una vez terminada su estancia en Alcorisa se iban a sus pueblos y no sabemos si seguían trabajando el tema. Deberíamos plantear una continuidad con los profesores

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/860 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0860

Título  
FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Autores:  
GOMEZ TENA MARIA GORETI, SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

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

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

#### PROBLEMA

Dada la importancia de crecer en un entorno de vida saludable, y teniendo en cuenta cómo el estilo de vida es capaz de variar el curso de la enfermedad cada vez se trabaja más en el campo de la prevención primaria. Es fundamental que los niños aprendan cuanto antes nociones sobre alimentación, ejercicio físico, lavado de manos, cepillado dental...para tener unos buenos hábitos que les acompañen durante toda su vida. Durante el

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

### 1. TÍTULO

#### FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL

curso escolar, los niños de distintas partes de la provincia acuden al CRIET durante 5 días donde conviven con otros niños, lo que nos parece un buen momento para trabajar estos items.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es conseguir unos hábitos higienico/dieteticos adecuados y mantenerlos en el tiempo, en concreto lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física y pantallas, protección solar para evitar enfermedades posteriores con gran repercusion como puede ser la obesidad, el síndrome metabólico, enfermedad dental, melanoma... La población diana en este caso serán estudiantes de 6º de primaria que acuden al CRIET de Alcorisa durante el curso escolar 2018-2019. Se pretende trabajar en grupo estos temas en el aula a través de la prensa escrita para ayudar a su implantacion cuando vayan a sus domicilios y se convierta en rutinas diarias.

#### MÉTODO

Participación de los médicos y enfermeros del equipo de atención primaria de Alcorisa en la elaboración mensual de una página de salud en el periódico del CRIET. Cada mes será un miembro el encargado de elaborar y redactar la página junto con los niños, y despues la maquetarán y publicarán.

Se nombra un encargado del equipo docente del CRIET que será quien se ponga en contacto cada mes con la persona del centro que corresponda según un calendario previamente establecido y le comunique el tema a trabajar. Durante ese mes deberá redactar un artículo junto con los niños que intervengan, quienes pueden venir al centro de salud a preguntar e indagar sobre el tema. La última semana del mes se entregará la página terminada en formato Word al responsable del CRIET para continuar con la maquetación.

#### INDICADORES

- encuesta de satisfaccion a los participantes ( niños, sanitarios, equipo docente)
- cuestionario tipo test de conocimientos a los niños al finalizar la tarea

#### DURACIÓN

- inicio octubre 2018, perioricidad mensual según calendario escolar del CRIET hasta mayo 2019.
- un total de 6 unidades didacticas: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física, pantallas, protección solar a desarrollar los meses de octubre, noviembre de 2018, febrero, marzo, abril y mayo 2019
- Responsable del CRIET Alcorisa y responsable del proyecto en el Centro de salud. Comunicación entre ambos y con el resto de plantilla a traves de email o en persona. Reunión mensual para acordar el próximo tema y recoger el material elaborado.

#### 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 - 2019/0141

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GORETI GOMEZ TENA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCORISA  
· Localidad ..... ALCORISA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BONDIA HERRERO MARIA ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Agenda consensuada con jefatura de estudios del colegio con fechas para los cursos de 5 y y de primaria, 2 horas por clase en total 5 clases  
Obtención de material de RCP del grado socosanitario del IES Damián Forment de Alcorisa y preparación de presentación powerpoint y videos explicativos  
Organización de las consultas en el centro de salud para poder realizar la actividad  
Realización de los talleres con una parte teórica de aproximadamente 20 minutos y después practica por grupos de hora. Al finalizar se pasa el test de conocimientos y se repasa lo fundamental

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Alto grado de participación en los talleres 95% de los alumnos matriculados ( número de asistentes/total de alumnos matriculados en el curso) pero encuestas de conocimientos solo obtenemos 80% (Número de encuestas rellenas/ número de encuestas repartidas) (falta de tiempo al sonar el timbre de recreo) con 10preguntas tipo test puntuando un punto cada una. la nota media en el cuestionario previo se situó en 6,02 puntos ( suma de notas / total de encuestas rellenas) creemos porque se les olvida la información de un curso a otro y en el final de 9,64 por lo que consideramos buena transmisión de la información por nuestra parte  
Cuestionario de satisfacción global al finalizar la actividad 100% (10 sobre 10 en todos los ítems)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Muy buena aceptación del taller, les gustó mucho tanto a alumnos como a profesorado  
Necesidad de más personal implicado desde el centro de salud puesto que sólo 2 personas con todos los chavales era difícil. Para próximas ediciones plantearemos mas docentes para hacer grupos más pequeños  
Conocimientos básicos que quedaron claros pero se olvidan, debemos hacer el taller todos los años para reforzar  
Tiempo muy justo en aula de más alumnos por lo que planteamos grupos más pequeños o alargar una hora más para próximas ocasiones

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/141 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0141

Título  
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

Autores:  
GOMEZ TENA GORETI, BONDIA HERRERO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: poblacion sana  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

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

#### PROBLEMA

Desde pediatría del centro de salud de Alcorisa se ha considerado conveninete proponer al colegio de Alcorisa

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0141

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

la formación de la población infantil y adulta que está en relación, en la adquisición de conocimientos y habilidades básicas para actuar en su caso ante una situación de emergencia. Se aprovecha la asignatura de Science en segundo ciclo de primaria en concreto el módulo de salud para incluir esta actividad y se propone a la dirección del centro que se a incluido este taller como actividad en el resto de cursos de primaria

#### RESULTADOS ESPERADOS

Primero: como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en tmeas fundamentales sobre la salud  
Segundo: como objetivos específicos se p ropone dar a conocer a la población infantil adolescente y adulta relacionada con la misma como docentes o monitores las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia  
Tercero: Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emrgencia vital, (posición de seguridad, maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y atragantamiento) así como saber dirigirse al servicio de emergencias a través del teléfono 112

#### MÉTODO

Reunión inicial: desde el centro de salud se propondrá a la dirección del centro escolar de la localidad (director del centro, jefa de estudios y claustro) la creación del poryecto y en su caso, su desarrollo durante el segundo y tercer trimestre del curso 2018-2019  
Concreción del proyecto: se presentarán las líneas didácticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando lso contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, físico y mental, y se involucrará a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva  
Posteriores reuniones: se propondrán encuentros posteriores con todos los alumnos y docentes del centro para captar inquietudes y sugerencias y serán ellos los encargados de hacer resúmenes de todo lo explicado en los talleres a base de redacciones o dibujos según la edad  
Contacto con docentes dle grado formativo sociosanitario del IES Damián Forment de Alcorisa: se llevaán a cabo contactos para el préstamo del material necesario para la realización práctica de los talleres de RCP (maniqués)

#### INDICADORES

Encuestas iniciales con preguntas tipo test para determinar el gado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar sobre primeros auxilios y maniobras de RCP ( 0 a 10 puntos) haciendo nota media de cada clase : suma puntuaciones test/ total test rellenados  
Encuesta posterior para determinar el grado de adquisiion de conocimientos una vez realizados los talleres y compara la cifra con la encuesta inicial: número entero n final < > número n inicial  
Valoración del profesorado. se propondrá al claustro de profesores y a la dirección del centro la incorporación de estos talleres en el plan curricular de los siguientes cursos  
encuesta de satisfacción final y utilidad ( o nada/10 perfecto)

#### DURACIÓN

Duración: se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso una sesión de 2 horas de duración para cada curso de educación primaria para ofrecer talleres prácticos de formación en primeros auxilios y otra sesión dirigida al profesorado de unas 2 horas de duración para que así puedan implicarse en la impartición de próximos talleres  
Calendario: segundo y tercer trimestre del curso 2018-2019, a desarrollar en lso meses de Febrero a Mayo a razón de 2 cursos por mes (Febrero 1º-2º primaria, Marzo 3-4º primaria, Abril 5º-6º primaria)

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN JOSE BERLANGA RUBIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALCORISA  
· Localidad ..... ALCORISA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PITARCH CAÑADA PEDRO  
BORRAZ MIR MARIA PILAR  
VILLALBA MIR ANA PILAR  
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER  
AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 8 de marzo de 2019 se realizó en el centro de salud de Mas de las matas una sesión clínica para dar a conocer a los miembros del equipo el proyecto de implantación y desarrollo de la consulta de cirugía menor, en la que se trataron los siguientes temas:

- 1.- Calendarios, propuesta de posibles días para realizar las intervenciones.
- 2.- Agenda, manejo, criterios de derivación, revisiones...
- 3.- Equipo de material mínimo para realizar cirugía menor.
- 4.- Esquema de trabajo.
- 5.- Cuidados postoperatorios.

1.- En referente al primer punto "calendarios", la propuesta inicial fue la de realizar cirugía menor dos veces al mes, organizativamente hablando y adaptándonos a la distribución de horarios de los miembros del equipo y a las especiales circunstancias que concurren, se propuso como mejores días para realizar cirugía menor:

- Castellote el lunes, como segundo opción los jueves que no se va a Ladruñan.
- Aguaviva los martes.
- Mas de las Matas, cualquier día menos los miércoles que hay analíticas.
- MAC un día que sustituyan al Médico del Mas.

Cada mes y contando con la necesidad de un enfermero de apoyo, se puede operar un lunes, ya que la enfermera de Castellote podría cubrir al enfermero del Mas y otro día (martes o jueves), en el que contamos con la enfermera de apoyo.

Cuando uno de los MAC quiera operar, no es necesario tener enfermer@ de apoyo y o bien anulamos el día siguiente de cirugía o ese mes se pueden hacer tres días de cirugía menor.

Por razones de sobrecarga de trabajo, los meses de Julio-Agosto no habría consulta de cirugía menor, situación a valorar por el equipo.

Al final se operó dos veces por mes, siendo la mayoría de las veces el lunes el día elegido y también se realizó cirugía el mes de Julio, aunque la actividad terminó antes de lo previsto por los traslados de los médicos del centro de salud, dejando de operar a partir de octubre de 2019 cuando la previsión inicial era operar hasta diciembre de 2019.

2.- En el segundo punto del día "agenda", se informó de la creación de una agenda específica en el apartado "SALAS", en horario de 12 a 15 horas, habilitando 5 posibles citas de 30 minutos cada una. Al final con la experiencia de los días de intervención se demostró que los 30 minutos se quedaban un poco cortos para realizar las intervenciones siendo necesarios unos 45 minutos por paciente.

En este mismo punto en referencia al circuito de derivación de los pacientes a la consulta de cirugía menor se propuso:

- La creación de una lista quirúrgica única ordenada por sospecha de gravedad y orden de llegada que será gestionada por el enfermero del Mas de las Matas (Pedro).
- Cualquier miembro del equipo del centro de salud que detecte un caso susceptible de beneficiarse de cirugía menor, lo pondrá en conocimiento del gestor de casos (enfermero del Mas) aportando Nombre y dos apellidos junto con el diagnóstico de sospecha y gravedad.
- El gestor de casos pondrá en conocimiento del profesional encargado de la cirugía menor entre 5-8 pacientes para que éste se los cite y les realice una visita preoperatoria si no conoce el caso, en la que decida si lo opera o no lo opera:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

- Si se decide operarlos, se puede rellenar en ese momento el protocolo de cirugía menor del paciente (la verdad es que este punto no se cumplió y el protocolo de cirugía menor junto con el consentimiento informado se rellenaron la mayoría de veces el día de la intervención).
- Si se decide que no se opera, se debe decidir si se deriva a otro miembro del equipo de cirugía menor o si se deriva al especialista correspondiente (dermatología/cirugía).

También se explicaron las contraindicaciones generales de la cirugía menor, que lesiones cutáneas más frecuentemente se operan y la técnica quirúrgica de elección. Sobre este apartado se decidió no operar uñas por varios motivos, uno de ellos la inexperiencia/preferencia de los profesionales que en su mayoría declinaron hacer este tipo de intervención y la falta de material adecuado para conseguir unos resultados óptimos.

3.- En referencia al tercer punto "equipo mínimo para realizar cirugía menor" se presentó un desglose con el material considerado necesario para hacer cirugía menor y además se hizo la propuesta de poner en una misma caja el electrobisturí junto con el material estéril mínimo imprescindible, para que fuera más rápida su revisión al estar todo junto en un mismo punto.

Considerando como equipo mínimo: 5 portas, 5 pinzas, 5 mosquitos, terminales bisturí eléctrico, 5 ampollas mepivacaína.

4.- Esquema de trabajo, para este punto se creó un protocolo de rutina de trabajo en la consulta de cirugía menor, diseñando el esquema hoy opero yo, que se imprimió para colgarlo en la sala de urgencias como recordatorio, aunque al final se pegó en la caja en la que se guardaba el electrobisturí y el material mínimo imprescindible.

El esquema es el siguiente: "HOY OPERO YO"

08:00h VERIFICO que dispongo del material necesario para hacer cirugía menor:

- Instrumental estéril mínimo imprescindible.
- Material fungible: ¿Quedan 5 o más elementos de... suturas, punch-biosia, bisturíes, botes formol, ampollas anestésico?, si poco material apuntar en hoja para hacer pedido.
- Imprimir consentimientos informados.

12:00h EMPEZAMOS!! Tareas a realizar con cada paciente:

- 1°.- Si no está anotado, anotar en el episodio correspondiente:
- N.º lesiones valoradas (LV)
- N.º lesiones que vamos a operar (LO)
- N.º lesiones que vamos a biopsiar (LB) o lo que es lo mismo cuantas de las lesiones que vamos a operar vamos a mandar a anatomía patológica (mínimo toda lesión pigmentada debería mandarse).

Ej: CIRUGIA MENOR LV: 8, LO: 3, LB: 0

- 2°.- Si no está hecho, rellenar protocolo cirugía menor.
- 3°.- QUE EL PACIENTE FIRME EL CONSENTIMIENTO.

- 4°.- Dar hoja consejos postoperatorios.
- 5°.- Si se manda muestra a analizar => ETIQUETAMOS la muestra y rellenamos el volante de AP antes de empezar con el siguiente paciente.

14:30h TERMINANDO!! Médic@ + Enfermer@ son el equipo perfecto para recoger y limpiar:

- 1°.- Sumergir el material en solución para esterilizar, que son 2 minutos de reloj.
- 2°.- Mientras uno frota, el otro seca.
- 3°.- Y entre los dos embolsan.

5.- Para los cuidados postoperatorios y aunque el OMI tiene una hoja explicativa para el paciente con instrucciones tras la intervención, con la intención de aclarar las dudas del paciente en un documento más resumido y más fácil de leer para los usuarios, se creó una hoja de cuidados postoperatorios que fue la que se entregó a los pacientes, que es la que sigue:

CUIDADOS POSTOPERATORIOS  
(Instrucciones al paciente tras la intervención)

- 1.- Acudirá a revisión por su enfermera el .....
- 2.- Si tiene dolor y no es alérgico puede tomarse:
  - PARACETAMOL 1g/8h

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

- METAMIZOL 575mg/8h

3.- Cuidados del vendaje/apósito:

- Mantenerlo limpio y seco. Si se ha mojado o ensuciado cambiarlo.  
- Cambiar el apósito cada dos días hasta la retirada de puntos, a menos que se le indique otra cosa.

4.- Baños:

- Evitar mojar la herida durante las primeras 24 horas.  
- A partir del segundo día podrá ducharse con agua y jabón y secar la zona sin traccionar de la herida, puede usar secador de pelo para hacerlo.

5.- Si aparece fiebre, picor/dolor intenso, calor local y/o supuración, acuda a su médico/enfermer@.

6.- Para evitar la pigmentación de la cicatriz, evitar la exposición solar durante los próximos 6 meses. Utilice cremas solares protectoras (factor 50+).

A los pacientes se les fue comunicando la existencia de la consulta de cirugía menor según se detectaba patología susceptible de ser intervenida y el boca a boca de los vecinos de los pueblos fue extendiendo la existencia de dicha consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos se han obtenido de la revisión de las historias clínicas informatizadas (OMI) de cada paciente, para valorar el último indicador, el de si la cicatriz es inestética, se decidió que se preguntaría a los pacientes sobre su opinión de como les había quedado la cicatriz, al ser subjetivo como valora cada persona y cada profesional lo que es estético o inestético.

Los indicadores que se propusieron en el proyecto fueron:

1.- N° total de lesiones valoradas/N° total de pacientes atendidos

En total se atendió a 48 pacientes y se valoraron en total 128 lesiones, lo que nos deja una media de 2,67 lesiones valoradas por paciente.

2.- N.º total de lesiones intervenidas quirúrgicamente/Nº total de lesiones valoradas

De las 128 lesiones valoradas, se intervinieron 116, lo que nos deja un porcentaje del 90,625 %, lo que quiere decir que la mayoría de las lesiones valoradas se operaron, quedando sólo un 9,375 % de lesiones sin intervenir, bien porque no era necesario o porque no se debían intervenir y debían ser derivadas al especialista.

3.- N° total de biopsias/N° total de lesiones valoradas

De las 128 lesiones valoradas, sólo 10 se mandaron a anatomía patológica para analizar, lo que nos deja un 7,8125 % de biopsias.

4.- % de heridas infectadas

De las 116 lesiones intervenidas, sólo en dos de ellas figura en la historia clínica que precisaron AB bien oral o local, lo que deja un porcentaje de infección del 1,72%

5.- % de casos con dehiscencia de sutura

De los 48 pacientes intervenidos 4 presentaron dehiscencia de la sutura, lo que deja un porcentaje del 8,33%.

6.- % de cicatrices inestéticas

De los 48 pacientes intervenidos, sólo uno dijo que le había quedado mal la intervención ya que le quedó lo que se conoce como "oreja de perro" y solicitó se le volviera a intervenir para corregir dicho defecto, los comentarios del resto de pacientes iban desde los que decían que no se les notaba nada a los que decían que les había quedado una cicatriz "normal", pero ninguno dijo que fuera inestética, ni siquiera 3 de los pacientes que presentaron dehiscencias de las suturas, que comentaron que les había costado más el curar, pero que les había quedado bien.

Tengo que aclarar que de entrada muchos de los pacientes al entrevistarles y preguntarles como les había quedado la cicatriz si estética o inestética contestaban que bien, que estaban contentos (yo entiendo que se referían más a que estaban contentos con el proceso en general ya que al matizar si les había quedado bonita o fea, era cuando algunos decían "pues me ha quedado una cicatriz, normal").



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

También he de comentar que no se pudo localizar telefónicamente a varios pacientes, uno de ellos decía que no existía el teléfono y 4 más no contestaron al teléfono en varios intentos que se realizaron por localizarles.

Por lo tanto el porcentaje de heridas inestéticas es de 1/43 o sea un 2,32%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de los miembros del equipo es muy positiva ya que aunque no se les pregunto directamente a los pacientes sobre lo que les parecía el proyecto, los pacientes en sus comentarios cuando venían a la intervención valoraban muy positivamente que se hicieran esas cosas en el centro de salud y sobre todo "lo bueno de no tener que desplazarse hasta Alcañiz".

Que cosas han quedado pendientes:

- Conseguir que todos los profesionales del equipo se impliquen más en el proyecto no sólo aquellos a los que les gusta la cirugía menor.

- También creo que hubiera sido necesario hacer a mitad de año otra sesión clínica para recordar a los compañeros sobre todo como anotar en la historia clínica los datos necesarios,

- Por los cambios organizativos (incorporación oposición) se quedaron sin intervenir varios pacientes que estaban en la lista de espera.

A raíz de este último comentario, decir que para la sostenibilidad del proyecto y para su replicación sólo se necesita que en el centro de salud haya profesionales que les guste realizar cirugía menor, sin ese requisito no se puede hacer nada, ya que los recursos materiales necesarios ya están presentes en cualquier centro de salud.

También es verdad que la presión asistencial influye en que se puedan dedicar más o menos horas y más o menos días al mes para realizar este tipo de actividades.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/393 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0393

Título  
IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:  
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, PITARCH CAÑADA PEDRO, BORRAZ MIR MARI PILAR, VILLALBA MIR ANA PILAR, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

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

#### PROBLEMA

A los médicos y enfermeros de Atención Primaria se nos está formando para realizar intervenciones de cirugía menor en los centros de salud, pero la realidad diaria es que la falta de tiempo, la falta de materiales y la falta de interés impiden que realice esta actividad de forma reglada, haciendo cada profesional lo que puede y cuando puede (en las guardias...) por eso mediante este proyecto queremos organizar una consulta temática de cirugía menor, a la que todos los médicos del centro de salud puedan derivar a sus pacientes, donde sean valorados y tratados de forma rápida y efectiva, evitando derivaciones innecesarias a dermatología y/o cirugía y facilitando al paciente el acceso a tratamientos terapéuticos para los que hasta ahora debe desplazarse hasta Alcañiz.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

##### RESULTADOS ESPERADOS

Tratar en el centro de salud la patología cutánea que por sus características de benignidad, escasez de complicaciones y mínimos riesgos para los pacientes, pueden resolverse de forma ambulatoria, evitándole al paciente y al sistema derivaciones innecesarias, mediante la creación de una consulta programada de cirugía menor para el centro de salud de Mas de las Matas y un protocolo de derivación a dicha consulta.

##### MÉTODO

Se oferta una consulta programada de cirugía menor con agenda específica, en la que se evaluarán y tratarán las patologías dermatológicas que precisen de la aplicación de las técnicas básicas de cirugía ambulatoria: suturas, drenaje de abscesos, exéresis, curetaje y punch biopsia.

##### INDICADORES

N.º total de lesiones valoradas/Nº total de pacientes atendidos  
N.º total de lesiones intervenidas quirúrgicamente/Nº total de lesiones valoradas  
N.º total de biopsias/No total de lesiones valoradas  
% de heridas infectadas  
% de casos con dehiscencia de sutura  
% de cicatrices inestéticas

##### DURACIÓN

Inicio de la actividad tras la creación de la agenda específica, se realizarán dos sesiones al mes, los lunes de 12 a 15 horas, dedicando una media de 30 minutos por intervención/paciente. Comenzando la actividad a partir de marzo 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 - 2019/0543

### 1. TÍTULO

#### INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VERONICA VIDAL VILLANUEVA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALCORISA  
· Localidad ..... ALCORISA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANCHEZ-CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN  
CHORDA GIRONA ESTHER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A finales de Abril de 2019, realizamos una reunión informativa con los diferentes profesionales que forman parte del EAP. En dicha reunión, se presentó el proyecto, y se animó a todos los profesionales a participar en el mismo, tanto de manera pasiva como activa.

El 2 de Mayo de 2019, se crea el blog del centro de salud, y a partir de entonces se empieza a colgar información sobre diferentes aspectos y comenzamos a tratar temas relacionados con la salud que pensamos que podrían resultar interesantes para nuestros pacientes.

Para que éstos tuvieran conocimiento del mismo, se colocaron carteles en las puertas de las consultas de los diferentes consultorios y en el mismo centro de salud.

Además, para darle mayor difusión se publicó en Facebook para que la población pudiera enterarse de la creación del blog y lo compartiera con sus conocidos. También, aprovechamos una de las reuniones del consejo de salud para que las diferentes asociaciones y alcaldes de las localidades que forman parte de la zona básica de salud, tuvieran conocimiento de la existencia de éste.

El 6 de Junio de 2019, decidimos crear una encuesta para conocer la opinión de la población sobre el funcionamiento del centro, ya que vimos que la población no participaba de manera activa en el blog. Esta encuesta nos sirvió para tratar de mejorar algunos aspectos sobre el funcionamiento del centro, y tomamos nota de las sugerencias que nos hizo la población. Hicieron hincapié en diversos temas entre los que se encuentran:

- Apertura de la puerta de entrada al centro por la planta baja.
  - Solicitaban un cambiador para bebés en los baños.
  - Pedían más personal, sustitutos en vacaciones, matrona fija, otro equipo de guardia, y más interés por parte de algunos profesionales.
  - Exigían puntualidad por parte de los profesionales los días de análisis, y mejorar los tiempos de espera.
- Obviamente, alguno de estos puntos no dependía de nosotros, y respecto a lo que se podían mejorar hemos tratado de hacerlo, realizando pequeñas modificaciones para que se ajuste al máximo posible a la opinión de los pacientes: hemos ampliado el horario los días de análisis, hace unos meses que tenemos la misma matrona, no hay tanta demora en los tiempos de espera para entrar en consulta, entre otros.

A principios de Enero de 2020, lanzábamos una nueva encuesta, esta vez, para conocer la opinión sobre la creación del blog y poder valorar el nivel de satisfacción con el mismo. En este caso, para que la población conociera su existencia, se publicó en el blog, en las redes sociales, y se colgaron carteles en el centro de salud.

Con todo esto, podemos ver que se ha cumplido el calendario previsto, e incluso se han podido realizar otras acciones que en principio no nos habíamos planteado como son la encuesta sobre el funcionamiento del centro, y la creación de una página del centro de salud de Alcorisa en Facebook, donde compartimos parte de la información publicada en blog, para que sea más accesible para los pacientes que se manejan en las redes sociales.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El blog presenta una página principal, en la cual podemos encontrar una descripción de la zona básica de salud. En ella, se abren diferentes entradas para destacar los temas más importantes como cambios de horarios, inicio de la campaña de la gripe, lanzamiento de las encuestas, entre otros. También tiene en la parte superior varias pestañas con distintos apartados como son cita previa, enfermería, medicina, matrona, pediatría, adolescentes, educadores, derechos y deberes, direcciones y teléfonos de consultas, y teléfonos de emergencias.

Es en estos apartados, donde ofrecemos información sobre los diversos temas relacionados con la salud para la población en general, sin distinción alguna de edad o nacionalidad, ya que la página principal también dispone de un enlace al traductor de google para quien necesite traducir la información publicada y poder comprenderla adecuadamente.

Para evaluar el tipo de pacientes que visitan el blog, conocer la periodicidad con la que acceden, los apartados que más visitan, y saber si realmente entienden la información que se publica en el mismo, hemos realizado una encuesta. Entre las 100 primeras respuestas, podemos obtener la siguiente información:

- Edad: 43,7% entre 50 y 69 años, 41,7% entre 30 y 49 años, 9,7% entre 15 y 29 años, 4,9% mayor de 70 años. Ningún menor de 15 años ha rellenado la encuesta.
- Sexo: 62,1% eran mujeres frente al 37,9 % de hombres.
- ¿Como se han enterado de la existencia del blog?: 49,5% por difusión en las redes sociales, 22,3% por los carteles informativos de las consultas, 21,4% a través de los profesionales del centro de salud; y 6,8% a

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0543

### 1. TÍTULO

#### INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

través de familiares o amigos.

- ¿Con que frecuencia hacen uso del blog?: 44,7% semanalmente, 23,3% mensualmente, 20,4% trimestralmente, y 11,7% diariamente.

- ¿Piensa que los temas tratados hasta el momento le han sido de gran utilidad?: 80,6% responde que SI, 19,4% tal vez, y nadie ha respondido que NO.

- ¿Que otros temas cree que serían interesantes para tratar en el blog?: entre todas las encuestas rellenas han destacado los siguientes temas: EPOC, asma y enfermedades respiratorias; primeros auxilios; temas ginecológicos; adolescentes; depresión y ansiedad; problemas de espalda; vacunas; enfermedades cardiovasculares; enfermedades mentales; Alzheimer y demencias; tabaco; alergias; enfermedades raras; crisis de epilepsia; prevención de enfermedades; malos hábitos; enfermedades infantiles/temas pediátricos; dietas saludables para perder peso; menopausia; hipertensión; colesterol; próstata; y fiebre.

- ¿Que apartados son los que más ha visitado (entradas, medicina, enfermería, pediatría...)? destacan las entradas, enfermería, medicina y pediatría.

- ¿Recomendaría visitar el blog a familiares y amigos?: 98,1% SI lo recomendaría frente al 1,9% que NO lo recomendaría.

- Se hicieron 4 preguntas relacionadas con el contenido del blog:

¿Cuales son los síntomas que podemos encontrarnos ante un caso de Ictus? El 90,3% ha respondido bien.

Sobre la diabetes, ¿Cual de las siguientes afirmaciones es correcta? El 74,8% ha respondido bien.

¿Cuándo se recomienda tomar el anticoagulante "Sintrom"? EL 72,8% ha respondido bien.

¿Han recibido suficiente información sobre la vacuna de la gripe a través del blog? El 95,1% ha dicho que SI recibió suficiente información.

A pesar de que la población no ha respondido hasta el momento muchas encuestas sobre la opinión de la creación del blog, con el contador de visitas que hay en la pagina principal, podemos saber que la población si visualiza la información que vamos publicando, puesto que a día de hoy, se han podido registrar 1386 visitas.

En cuanto al formulario de contacto, decir que no ha tenido mucho éxito, ya que hasta el momento solamente una persona ha hecho uso del mismo, pero a pesar de su escasa utilidad, quedamos satisfechos porque la persona que lo utilizó ha quedado contenta al resolverse con éxito su consulta.

Finalmente, teniendo en cuenta los objetivos que se plantearon al principio del proyecto, podemos decir que se han alcanzado casi en su mayoría. Hemos tratado de mantener informada a la población sobre distintos aspectos sanitarios que pueden resultar interesantes para los pacientes; hemos dado a conocer el centro de salud, los trabajadores y las actividades realizadas en el mismo; intentamos fomentar la promoción y educación de la salud de manera diaria para tratar de prevenir posibles enfermedades; promovemos la autonomía de nuestros pacientes y hemos ofrecido distintos apartados sobre aspectos que nombramos en nuestros objetivos como eran los derechos y deberes de los pacientes, acceso a salud informa, información sobre los cambios de horarios, entre otras; y con la creación de este proyecto, todos los integrantes de la zona básica de salud reciben la misma información.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación del blog puede parecer un proyecto sencillo, pero la verdad es que requiere mucho trabajo y esfuerzo, ya que cuesta mucho ponerlo en marcha, hay que estar constantemente publicando y actualizando información, y para ello se necesita mucho tiempo, del cual la mayoría de las veces no disponemos en la medida que nos gustaría.

Es un proyecto en el cual solo llevamos ocho meses trabajando y hemos intentando cumplir los objetivos y expectativas que planteamos en un principio desde el centro de salud de Alcorisa. Esperamos que los pacientes hayan visto reflejado nuestro trabajo y el impacto que haya causado en ellos sea positivo.

Desde el centro de salud de Alcorisa, continuaremos trabajando en el mismo, introduciendo nuevos temas como nos han solicitado los pacientes en la mayor brevedad de tiempo posible, e intentando difundir al máximo este proyecto.

Consideramos que es un proyecto muy importante, ya que es una manera diferente de ofrecer información de interés, y no importa donde se encuentren nuestros pacientes. Esto no podría ser posible sin el desarrollo de las nuevas tecnologías y las redes sociales que están "tan de moda".

#### 7. OBSERVACIONES.

Desde el centro de salud de Alcorisa, estamos abiertos a ayudar a otros profesionales que quieran poner en marcha un proyecto como el nuestro. Por el momento, una Enfermera de otro sector sanitario ya se ha puesto en contacto con nosotros, y les hemos ofrecido nuestra ayuda.

Seguiremos trabajando de manera activa en este proyecto para tratar de mantener informados a nuestros pacientes sobre los temas que les resulten interesantes en relación con su salud.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/543 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0543

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0543

### 1. TÍTULO

#### INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

Título  
INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

Autores:  
VIDAL VILLANUEVA VERONICA, SANCHEZ-CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CHORDA GIRONA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Cualquier patología  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Educacion para la salud

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

**PROBLEMA**  
Desde el centro de salud, se ha visto que podría resultar útil la puesta en marcha de este proyecto para que la población pudiera obtener información necesaria y actualizada en relación a su salud y al funcionamiento de nuestro equipo.  
Ésta sería la manera adecuada para que toda la zona básica de salud adquiriera la misma información sobre diferentes aspectos sanitarios que puedan ser tratados en el blog, indiferentemente del lugar donde se encuentre el usuario, ya que el centro está constituido por varios consultorios y la población es amplia debido a la dispersión geográfica.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Mantener informada a la población sobre aspectos sanitarios que puedan ser de interés para el usuario.  
- Dar a conocer el centro de salud, los trabajadores y las actividades realizadas en el mismo.  
- Fomentar la promoción y educación de la salud, y la prevención de enfermedades.  
- Promover la autonomía del paciente y dar a conocer los derechos y deberes.  
- Ofrecer acceso a las novedades de nuestro sistema sanitario (salud informa, alertas sanitarias, actividades comunitarias, cambios de horarios...).

**MÉTODO**  
Para empezar, se llevará a cabo una reunión informativa con todos los profesionales para presentar el proyecto y que puedan aportar ideas sobre los temas a tratar en el blog.  
Luego, se procederá a la creación del blog, y se plasmarán los conocimientos aportados por los profesionales en materia de salud para que la población pueda adquirirlos cuando haga uso del mismo.  
Se dará máxima difusión del blog a través de carteles informativos en las consultas pertenecientes a la zona básica de salud, y a través de redes sociales y medios de comunicación.  
Se llevarán a cabo tantas reuniones como sean necesarias entre los diferentes profesionales para mejorar el proyecto en la medida de lo posible.  
Con el tiempo, se irá actualizando la información y se recogerán las sugerencias realizadas por los usuarios sobre los aspectos que son de su interés.

**INDICADORES**  
- N° de visitas registradas en el blog: permite saber cuantas veces los usuarios acceden al mismo para hacer uso de su información.  
- N° de sugerencias recibidas tras el formulario de contacto: valora el interés de la población en temas de salud y su participación.  
- Encuesta para conocer el nivel de satisfacción de las personas que utilizan el blog.

**DURACIÓN**  
- Mayo: realizar la reunión y poner en marcha la creación del blog.  
- Junio: informar a la población mediante carteles en las consultas y/o difusión a través de las redes sociales y medios de comunicación.  
- Resto del año: hacer uso del blog, manteniéndolo siempre actualizado.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0543**

**1. TÍTULO**

**INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA**

---

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0076

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR VAQUE BIELSA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

LAHOZ MACIPE CONCEPCION  
FERRER OBON JOSE LUIS  
MATEO LOPEZ MARIA  
PAREDERO EGAÑA MAITANE  
ARVELO PLASENCIA DAVINIA  
DE JUAN BARQUILLA BEATRIZ  
AGUIRAN ESQUES CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado las intervenciones en los colegios de primaria de la localidad de Andorra, el Manuel Franco Royo y Juan Ramon Alegre, los días 10 de junio y 13 de junio respectivamente.  
Se ha intervenido sobre un total de 66 alumnos de 6º de primaria de los cuales, 28 chicas y 28 chicos.

La INTERVENCIÓN consiste en:

1.Charla informativa sobre el tabaquismo y la EPOC, mediante pacientes expertos (fumador activo y epoc), junto con dinámicas participativas grupales, con los alumnos para que tomen conciencia de los efectos del tabaco. (Ver actividades)

2.Presentación en power point para reforzar conceptos.

3.Cuestionario previo y posterior de conocimientos, para evaluar la ganancia de conocimientos.

4.Cuestionario de satisfacción sobre la intervención realizada. Encuesta sobre el hábito tabáquico.

5.Entrega de hoja resumen y de recursos que ofrece el centro de salud para la prevención y deshabituación tabáquica.

Para la elaboración del proyecto y la organización de las actividades se realizaron reuniones entre los miembros del equipo y con los equipos directivos de ambos colegios para concretar día, hora, objetivos y dinámicas de la intervención. Posteriormente se informa de los resultados de la intervención al equipo directivo y tutores de ambos colegios.

#### MATERIALES Y RECURSOS:

1.Profesionales médicos y enfermeras de atención primaria y paciente experto.

2.Materiales didácticos para las diferentes actividades: papelograma, rotuladores, cigarrillos gigantes con "falsos mitos".

3.Hoja resumen y de recursos que ofrece el centro de salud para la prevención y deshabituación tabáquica.

4.Cuestionarios de conocimientos y satisfacción.

5.Encuesta sobre hábitos relacionados con el consumo de tabaco, y documento de información y autorización de los padres o tutores.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. COLEGIO MANUEL FRANCO ROYO:

##### 1.1. CONOCIMIENTOS:

1.1.1. media del cuestionario PREVIO: 9'2/12

1.1.2. media del cuestionario POSTERIOR: 10 /12

1.2. SATISFACCIÓN: (medido en escala liker sobre 5 ítem, con dibujos aclaratorios de caras).

1.2.1. La considera UTIL: 4'82/5

1.2.2. La INFORMACIÓN recibida me será útil: 4'69/5

1.2.3. La información puede AYUDARME A NO FUMAR: 4'69/5

1.2.4. RECOMENDARIA EL TALLER: 23/23 100%

1.2.5. SATISFACCION GENERAL CON EL TALLER: 4'69/5

1.3. HABITOS SOBRE CONSUMO DE TABACO: dos familias no autorizan para cumplimentar el cuestionario de hábito tabáquico.

1.3.1. Sobre el consumo: 6 de los 21 alumnos que cumplimentan el cuestionario reconocen que han fumado alguna vez, de estos, 4 dicen que cigarrillos, 2 que fuman colillas y todos (6) han fumado en cigarrillo electrónico (vaper) y otros 3 afirman vapear, pero no consideran que eso sea fumar. De los que reconocen fumar, 2 dicen que les gusta y que empezaron por curiosidad (6) y por qué lo hacen sus amigos (2), y si no fuman sus amigos no les dicen nada, a 3 dicen que les relaja fumar y 4 contestan otros, pero no especifican. Consiguen el tabaco 3 dicen que, comprándolo, 4 afirman que se lo compran otros y 1 dice que se lo quita a algún adulto.

1.3.2. Sobre ambiente de consumo: Preguntados por los familiares que fuman en su entorno contestan: 13 padres, 12 madres, 7 hermanos 12 que tíos y 2 que amigos. Preguntados sobre si fuman en casa 10 y 4 dicen que además en el coche.

2. COLEGIO JUAN RAMÓN ALEGRE:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0076

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

1. CONOCIMIENTOS:  
1. media del cuestionario PREVIO: 10/12  
2. media del cuestionario POSTERIOR: 12 /12
2. SATISFACCIÓN: (medido en escala liker sobre 5 ítem, con dibujos aclaratorios de caras): La considera ÚTIL: 4'82/5. La INFORMACIÓN recibida me será útil: 4'30/5. La información puede AYUDARME A NO FUMAR: 4'65/5. RECOMENDARÍA EL TALLER: 43/43 100%. SATISFACCIÓN GENERAL CON EL TALLER: 4'39/5
3. HÁBITOS:  
- Sobre el CONSUMO: solo 2 de los 43 alumnos que cumplimentan el cuestionario reconocen que han fumado alguna vez, y han fumado cigarrillos y vapor. Aunque les hemos preguntado si habían probado el vapor en la clase y han levantado la mano 10 alumnos, por lo que vapear no lo consideran fumar y dicen que empezaron por curiosidad y si no fuman sus amigos no les dicen nada, uno dice que les relaja fumar y el otro dice que no le produce nada. Dice que consigue el tabaco quitandoselo a un adulto.  
- Sobre AMBIENTE DE CONSUMO: Preguntados por los familiares que fuman en su entorno contestan: 13 padres, 9 madres, 3 hermanos 18 que tíos y 18 que amigos. Preguntados sobre si fuman en casa 18 y 11 dicen que además en el coche.
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
1º. Que los chavales NO CONSIDERAN EL VAPEAR COMO ALGO PERJUDICIAL.  
2º. Reconocen que:  
- Han vapeado 19 chico/as de los 66 alumnos (28,78 %) y  
- Han fumado tabaco en cigarrillo 6 alumnos (9%).  
3º. Que la INTERVENCIÓN a esa edad es muy OPORTUNA, ya que es una época de cambios más propenso a iniciarse en el hábito tabáquico y la encuesta de hábitos nos la confirmó. Así se refleja en las encuestas de satisfacción.  
4º. El grupo de trabaja en comunitarias considera necesario la intervención a este grupo de alumnos y se propone hacer seguimiento en el IES de Andorra para el próximo año y se consolida
7. OBSERVACIONES.  
• Las escuelas en las que se ha realizado la intervención están dentro de la red de "Escuelas promotoras de salud"  
• A este proyecto se han incorporado los MIR del centro de salud de Andorra, de la unidad docente de Alcañiz.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/76 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0076

Título  
PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Autores:  
VAQUE BIELSA MARIA PILAR, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, FERRER JOSE LUIS, ROMERO ARASANZ EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos: Sensibilización de la población

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

PROBLEMA  
La EPOC es una enfermedad crónica que supone la 4ª causa de muerte en el mundo y también en nuestro país suponiendo el 11'4 % de las muertes. Y la principal causa de EPOC es el tabaquismo.  
La detección e intervención sobre el consumo de tabaco, en la zona básica de salud de Andorra, a los mayores de 18 años, en el pasado años 2017 fue de aproximadamente el 55 % de la población, quedando un amplio margen de mejora, por ello la sensibilización de la población es un pilar fundamental en la prevención de la EPOC y el abordaje del tabaquismo, así como la prevención del mismo.  
La atención integral a la EPOC como objetivo estratégico de nuestro centro de salud, contempla como actividad preventiva la intervención comunitaria.  
La actividad se dirige a escolares de 6º de primaria de los colegios de Manuel Franco Royo y Juan Ramón Alegre de la localidad de Andorra (Escuelas promotoras de salud). Entendemos que la prevención debe iniciarse en la



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0076

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

población más joven y en especial los adolescentes entre 14 y 15 años, edad de inicio en el consumo de tabaco de la población en general.

#### RESULTADOS ESPERADOS

PRINCIPAL: Que los adolescentes de 6º de primaria no se inicien en el consumo de tabaco.

#### SECUNDARIOS:

1. Sensibilizar a los adolescentes de 6º de primaria sobre las consecuencias del consumo tabaco.
2. Que aumenten sus conocimientos sobre el tabaquismo y la EPOC
3. Conocer si fuman, han fumado o si son fumadores pasivos

#### MÉTODO

Reuniones previas entre los profesionales que elaboran el proyecto y la intervención así como con el profesorado.

1. Encuesta sobre consumo de tabaco, previamente al día de la intervención.
2. Charla informativa sobre el tabaquismo y la EPOC, mediante pacientes expertos (fumador activo, fumador en fase de deshabituación tabáquica, epoc leve y epoc severo)
3. Presentación en power point para reforzar conceptos.
4. Cuestionario previo y posterior de conocimientos, para evaluar la ganancia de conocimientos.
5. Cuestionario de satisfacción sobre la intervención realizada. Encuesta sobre el hábito tabáquico.
6. Entrega de hoja resumen y de recursos que ofrece el centro de salud para la prevención y deshabituación tabáquica.

#### INDICADORES

1. Número de alumnos de 6º de primaria que asisten a la intervención
2. Número y % de alumnos que de 6º de primaria que han fumado en alguna ocasión
3. Valoración de los conocimientos antes y después de la intervención
4. Valoración de la satisfacción de los alumnos.

#### DURACIÓN

Intervención de de 50 minutos en el aula.

Calendario de intervención pendiente de cerrar fechas con los tutores de los alumnos.

#### OBSERVACIONES

Se podría evaluar el consumo de tabaco a través de encuesta en el IES en años sucesivos pero no todos sobre los que se intervenga van a estar en el IES (esto daría para otro proyecto estudio de mayor alcance).

Valoración del consumo de tabaco en las revisiones del niño sano.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0082

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN LAGAR GONZALEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

FERRER BUJ CARMEN  
ROMERO ARASANZ EMMA  
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA  
GINES BIELSA MARIA JESUS  
MORALES VILLANUEVA JUAN CARLOS  
NUEZ GINES MARIA TERESA  
VILLANUEVA AZNAR CONCEPCION

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1º Reunión con el grupo de comunitarias del centro para concretar actividades.
- 2º Reunión con los equipos directivos de los colegios de preescolar de la localidad, Manuel Franco Royo y Juan Ramón Alegre.
- 3º Solicitud de permisos para disponer de la ambulancia los días concretados para la intervención.
- 4º Desarrollo de la actividad los viernes, días 1 de marzo y 14 de junio de 2019, de 10'30 a 14 horas: Son recibidos por el equipo que va a realizar la intervención y cada uno se presenta y explica en que consiste su trabajo.  
Se plantea como una demanda para "su peluche", porqué "esta malito", (deberán traer un peluche de casa).  
Se dividirán en grupos de 5-6 niños y se irán rotando por los diferentes servicios haciendo actividades en cada uno de ellos:
  1. Transporte urgente en ambulancia: el personal del 061 les enseñara el equipamiento de la ambulancia y sus funciones.
  2. Servicio de urgencias: explicarán cuál es su trabajo y las instalaciones y allí se planteará por qué acuden de urgencias con su peluche y se atenderá su demanda.
  3. Sala de vitales: se explica el aparataje y el objeto de la sala a diferencia de la de visita de urgencias.
  4. Esterilización y observación: se explica para que sirve esa sala y la importancia de la limpieza y esterilización del material.
  5. Servicio de pediatría y matrona: servicios que prestan estas unidades, se explicara la importancia de la vacunación, y como deben conservarse y el control de la temperatura de las neveras. Y la matrona les enseñara cuáles son sus funciones.
  6. Quirófano, donde se les explicara que allí se hacen pequeñas intervenciones quirúrgicas, y la importancia de la limpieza y la asepsia.
  7. Servicio de admisión: servicios que prestan y profesionales que trabajan en ella y funciones.
  8. Pruebas complementarias: servicios que prestan: extracción y recogida de muestras, ECG, espirómetros, cooxímetro.
  9. Vista de los almacenes de farmacia y fungible: donde la auxiliar explicara cuál es su función, y la importancia del orden y control de los almacenes.
  10. Consultas de adultos del médico y la enfermera de familia: visitaran las consultas de los médicos y enfermeras pasando por la puerta que comunica las consultas entre sí al objeto que vean como se organizan y distribuyen y por qué. (Se simulará una visita programada por que su peluche esta malito. (dolor de oídos, dolor de barriga, dolor de garganta, fiebre...)
  11. Fisioterapia y gimnasio de rehabilitación: que los profesionales que trabajan en el servicio expliquen cuál es su trabajo y para qué sirven los aparatos que tienen.
  12. Aula docente: finalizamos la visita con la explicación de la actuación ante una persona inconsciente: llamar al 061, la posición de seguridad y RCP con sus peluches a través de un video ("había una vez...")  
Para controlar las rotaciones de los niños por los diferentes servicios, se les entrega una "cartilla de visita" con dibujos relacionados, para que luego puedan pintar en su casa o en el colegio.  
Para finalizar se les entregara un pequeño kit de urgencias a cada uno de los niños.

#### Recursos necesarios:

- Profesionales implicados de distintos estamentos: Enfermeras, médicos de familia, MIR, auxiliar de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, fisioterapeuta, matrona, médico 061, técnicos 061, conductor ambulancia, técnicos de SASAM.
- Peluches y colchonetas
- Material audiovisual.
- Material fungible de primeros auxilios: gasas, guantes...
- Ambulancia de SVB
- Cuños y pegativas de control para cartilla de visitas.
- Teléfono móvil.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha realizado la intervención con 79 alumnos de tercero de infantil (5 años). 35 del colegio Manuel Franco Royo y 44 del Juan Ramón Alegre. El 100 % de los alumnos de tercero de infantil de la localidad de Andorra.
2. Los profesores trabajan en el aula antes de venir al centro como llamar al 112, lo que conocen del centro

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0082

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

de salud.

3. En la intervención los alumnos aprenden a poner a una persona en posición lateral de seguridad, aprenden a identificar a una persona inconsciente cómo llamar al 112 y cuando deben hacerlo. Todo esto se practica en la intervención.

4. Posteriormente los profesores en el aula recuerdan y repasan lo aprendido en el centro de salud.

5. Los niños y profesores se van muy contentos de la intervención porque "conocen cosas del centro que no conocían", los padres también nos comentan los días posteriores que los niños están muy contentos con la visita y la cartilla de visitas sirve para recordar lo aprendido.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. A pesar de que los niños parezcan frágiles y pequeños para iniciar una RCP, son capaces de poner a un adulto en posición lateral de seguridad ellos solos, y son capaces de llamar al 112 desde los teléfonos móviles.

2. La valoración de este proyecto tanto de los profesionales que participan, como de los alumnos, profesores y padres es muy gratificante, la interacción con los niños y la capacidad que tienen de ponerse en el lugar del adulto, con su peluche como centro de la atención sanitaria que reciben en el centro.

3. Es un proyecto consolidado que se queda ya establecido como actividad tanto de las escuelas promotoras de salud que participan como de nuestro centro de salud.

#### 7. OBSERVACIONES.

En este proyecto se implica TODOS los miembros del equipo en Andorra, aunque solo consten en esta memoria los 8 componentes del equipo de mejora.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/82 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0082

Título  
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

Autores:  
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, ROMERO ARASANZ EMMA, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, GINES BIELSA MARIA JESUS, MORALES VILLANUEVA JUAN CARLOS, NUEZ GINES MARIA TERESA, VILLANUEVA AZNAR CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

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

**PROBLEMA**  
La formación en primeros auxilios es fundamental para disminuir los efectos derivados de un accidente. Se ha visto que la edad no debe ser un obstáculo para esta formación, se debe adecuar la información y formación al colectivo al que se dirige.  
La experiencia previa con preescolares de nuestra localidad, fue muy exitosa, tanto en satisfacción por parte de los docentes y los alumnos como del equipo de atención primaria.  
La colaboración entre las escuelas promotoras de salud de nuestra localidad y nuestro centro de salud, es una dinámica que favorece las relaciones entre ambos colectivos.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
1. Qué aprendan a llamar al 112, posición lateral de seguridad, iniciación a las maniobras de RCP, así como actuación ante algunas urgencias.  
2. Qué los escolares conozcan los servicios que ofrece el centro de salud, desde la perspectiva de usuario y no sólo de paciente, ya que el objeto de la visita es un tercero, su peluche, que será el paciente.

**MÉTODO**  
Reuniones del grupo de comunitarias del centro de salud, para valorar la oportunidad del proyecto, y nombrar responsable del proyecto.  
Reuniones con los profesores de las escuelas promotoras de salud de la localidad: Manuel Franco Royo y Juan Manuel Alegre. Valorar los conocimientos previos a la intervención (lo trabajarán en el cole antes de venir

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0082

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

al centro).

Reunión de coordinación para definir funciones, circuitos, contenidos y responsables en cada servicio.

Taller práctico:

1. Aviso al 112, posición de lateral seguridad y maniobras de RCP, que son y cuando hay que comenzar a realizarlas.
2. Accidentes por caídas, traumatismos, quemaduras, heridas o cortes.
3. Actividades preventivas para escolares: vacunación
4. Urgencias y visitas programadas a los servicios sanitarios.
5. Visitar las instalaciones del centro de salud, para que conozcan los diferentes servicios que ofrece: rehabilitación, admisión, urgencias, pediatría, matrona, atención a adultos, servicio de limpieza y lavandería, pruebas complementarias, ambulancia del 061, almacén y farmacia y esterilización.

INDICADORES

1. Valoración de conocimientos previos, mediante pictogramas (adecuado al nivel de los alumnos y trabajado con el profesorado).
2. Valoración de la satisfacción y de conocimientos mediante encuesta verbal al terminar la intervención en el Centro de Salud

DURACIÓN

Fecha pendiente de concretar con los tutores.

Una sesión por curso/escuela promotora de salud en el primer semestre del año.

Viernes en horario de mañanas de 12 a 14 horas.

OBSERVACIONES

Se hace en horario laboral gestionar agendas para que los profesionales tengan tiempo disponible.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0085

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA GARCIA LOPEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTINEZ AYALA ENRIQUE  
LOPEZ SAURAS SUSANA ISABEL  
VAQUE BIELSA MARIA PILAR  
TRILLO SALLAN ESTHER  
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS  
MARIA CARMEN MOLINA ALMIRON

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Los profesionales implicados en el proyecto (médico y enfermera) recibieron formación, en la unidad formadora del HUMS el día 21 de febrero de 2019.
2. En marzo se elaboró el proyecto y se adaptaron todos los documentos anexos, que se requieren para la formación, registro y seguimiento de los pacientes.
3. Se presentó el proyecto y la documentación a la Dirección de atención Primaria, a los hematólogos del sector de Alcañiz y al equipo de atención primaria.
4. El 6 de junio de 2019 se presentó en junta técnica asistencial a los coordinadores de los equipos de atención primaria del Sector de Alcañiz.
5. El 26 de marzo comenzó la formación grupal de pacientes. Se han realizado 6 cursos los días: 26 de marzo, 18 de junio, 20 de julio, 17 de septiembre, 21 de octubre (Caspe), y 12 de noviembre del año 2019. Formando a un total de 24 pacientes.
6. Se realizó una sesión clínica el 21 de octubre, en el centro de salud de Caspe dirigido a médicos y enfermeras, con la participación de 18 profesionales.
7. Se ha formado a los seis médicos internos residentes de cuarto año, de la unidad docente de Alcañiz, así como a otros MIR de segundo y tercer año del centro de salud de Andorra, a la vez que se realizaba la formación a pacientes.

#### Recursos necesarios:

1. Mínimo un médico y una enfermera, responsables de la unidad de formación y control.
2. Gloaculómetros para pacientes, cartillas de control, tiras y guías del Salud para pacientes.
3. Opcional: folletos asociación ASANAR

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1°. Se ha formado a 24 pacientes: 10 mujeres y 14 hombres.
  - Derivados: 2 desde C. S. Alcorisa, 1 del C.S. Caspe, 3 del servicio de hematología del Hospital de Alcañiz y 1 del servicio de hematología del HUMS y el resto 17, derivados de los médicos del C.S. Andorra.
  - Con un promedio de 61 años de edad oscilando entre 84 y 36 años, con la excepción de una niña de 9 años.
  - Formación a 23 pacientes y 1 mama cuidadora. 3 vinieron acompañados: con sus parejas y 1 con su hija.
- 2°. Se ha creado una agenda específica de ATA0, para facilitar la derivación de los pacientes a este servicio.
- 3°. Se ha implantado el circuito de derivación en el sector, cumplimentando el anexo 1 y enviándolo al C. S. de Andorra y posterior gestión de la solicitud.
- 4°. Se ha integrado y sistematizado la formación grupal de forma que en cuanto hay 5 derivaciones se realiza la formación.
- 5°. Se han formado al 100% de los pacientes derivados y susceptibles de nuestra zona de salud, ya que a fecha 31 de diciembre no tenemos ninguna derivación pendiente de formación.
- 6°. Promedio de controles fuera de rango por paciente en relación al total de los controles del paciente, a los tres meses (19 pacientes) y seis meses (15 pacientes) de su autocontrol. (Datos extraídos de las hojas de control de los pacientes en autocontrol):
  - Controles fuera de rango del total de controles, a los 3 meses (12 semanas): Promedio de 1'0 controles fuera de rango/ 12 controles.
  - Controles fuera de rango del total de los controles, a los 6 meses de su autocontrol (24 semanas): Promedio de 3'4 controles fuera de rango/24 controles
- 7°. Promedio de controles dentro de rango por paciente en relación al total de los controles del paciente, a los tres y seis, meses de su autocontrol. (Datos extraídos de las hojas de control de los pacientes en autocontrol):
  - Controles dentro de rango del total de controles, a los 3 meses (12 semanas): Promedio de 11 controles en rango/12 controles
  - Controles dentro de rango del total de los controles, a los 6 meses de su autocontrol (24 semanas): Promedio de 19'8 controles en rango/24 controles.
- 8°. Se observa una variación entre el "0 y 9 controles fuera de rango, en los 15 pacientes que llevan 6 meses

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0085

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

de ATAO, sienten el 2 el número de controles fuera de rango que más se repite (Datos extraídos de las hojas de control de los pacientes en autocontrol):

9°. Número de complicaciones, hemorragias, embolismos o hematomas, registrados en HCE desde el inicio en autocontrol hasta el 31 de diciembre de 2019: "0"no existe constancia en HCE de complicaciones en estos pacientes.

10°. Número de pacientes excluidos del programa: de los 24 pacientes formados sólo 1 (0'24%) ha salido del programa por falta de capacidad cognitiva e intelectual para garantizar el buen control en ATAO, (se liaba con los niveles y la dosis poniendo de manifiesto que no entendía las fracciones  $\frac{3}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  ...) volviendo al control por su médico y enfermera de atención primaria.

11°. Ganancia de conocimientos tras el curso de formación: (datos extraídos de los cuestionarios que han cumplimentado los participantes)

- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario previo: 3'7/10
- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario posterior: 7'8/10

12°. Satisfacción con el curso: datos extraídos de los cuestionarios que han cumplimentado los participantes) Podemos resumir que la satisfacción con el curso es alta 4'79/5 y el 100% recomendarían el curso. Entre las valoraciones que hacen los participantes destaca la autonomía que les da el autocontrol.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1°. La edad a priori no debe ser un criterio de exclusión ya que la media de edad es de 61 años con buen manejo de la dosis y las variaciones del INR.

2°. Una vez los pacientes reciben la formación, manifiestan que tienen un mejor control de su INR ya que se hacen controles semanales. En caso de enfermedad o interacción con otros medicamentos les permite ajustar la dosis de anticoagulante a su estado de salud, así como ante extracciones dentales.

3°. La sostenibilidad del proyecto se garantiza si no hay problema en el suministro de coagulómetros y tiras para el autocontrol, ya que a lo largo de este periodo hemos tenido dificultades para conseguirlos, en especial las tiras. Los coagulómetros nos los proporciona la responsable de la línea de coagulación de Roche, que actualmente está en otra zona pendiente de que se nombre a otra responsable en esta zona.

#### 7. OBSERVACIONES.

El proyecto queda implantando en nuestro centro. Se produce un cambio del médico de referencia de la unidad de formación de ATAO, que será el Dr. Perez Casanova, en lugar del Dr. Martinez por traslado de este último.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/85 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0085

Título  
PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

Autores:  
GARCIA LOPEZ ANA MARIA, MATINEZ AYALA ENRIQUE, LOPEZ SAURAS SUSANA, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, TRILLO SALLAN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

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

PROBLEMA  
Durante el año 2009, el Departamento de Salud y Consumo puso en marcha un proyecto para mejorar la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento Anticoagulante Oral (TAO)  
Actualmente en nuestro centro sólo hay un paciente dentro de este programa. Aunque cada vez son más los

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0085

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

pacientes anticoagulados con capacidad para el autocontrol del tratamiento.

El pasado año una enfermera de nuestro centro se formó mediante el programa FOCUS, en este programa.

El representante de Teruel de la asociación ASANAR (asociación de anticoagulados de Aragón), en el consejo de Salud celebrado el jueves 7 de febrero de nuestra zona de Salud. Traslado la demanda del autocontrol entre los pacientes anticoagulados de nuestra zona básica de salud.

El autocontrol consiste en que el paciente mediante un coagulómetro portátil, y sin necesidad de desplazarse al hospital o centro de salud, pueda realizarse su propio control semanalmente y ajustar la dosis del anticoagulante con el fin de reducir las complicaciones.

Para esto es preciso que el paciente conozca: conceptos generales de la coagulación, y las particularidades de su tratamiento y además instrucción sobre el manejo del coagulómetro y cómo ajustar la dosis en función del resultado.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentar el número de pacientes anticoagulados en autocontrol del tratamiento, en el sector de Alcañiz.
2. Mantener el valor del INR de estos pacientes dentro de los valores de referencia según su patología y tratamiento.

#### MÉTODO

1. Formación de profesionales de nuestro equipo, para ser formadores de pacientes y de otros formadores profesionales.
2. Oferta de formación a grupos de pacientes.
3. Seguimiento de los mismos creando una consulta monográfica específica, (jueves de 8'30 a 10 horas)

#### INDICADORES

1. Número de pacientes anticoagulados, formados en autocontrol, del total de pacientes susceptibles de entrar en el programa de nuestra zona de salud (listado propuesto por los médicos y enfermeras del centro de salud).
2. N° de controles fuera de rango por paciente, en relación al total de los controles del paciente.
3. N° de controles en rango por paciente, en relación con el total de los controles del paciente.
4. N° de complicaciones (hemorragias, embolismos o hematomas) por paciente en el periodo de estudio.
5. Evaluación de resultados a los tres meses de la formación de cada grupo y al finalizar el año 2019.

#### DURACIÓN

1. Formación de los profesionales: febrero de 2019
2. Marzo 2019: Creación del circuito de derivación de los pacientes seleccionados para la formación, y protocolo del seguimiento de los pacientes en auto-control.
3. Marzo- Abril 2019: Inicio de la formación grupal a pacientes y creación de la consulta para el control y seguimiento de los pacientes en autocontrol del tratamiento.
4. A los tres meses de la formación: evaluación de indicadores y resultados.
5. Diciembre 2019: Evaluación de indicadores, resultados y análisis de la situación.

#### OBSERVACIONES

Como recurso comunitario se puede contar con la colaboración de la asociación ASANAR, para participar en el proyecto, con la aportación de un paciente experto, como formador entre iguales y referente para el resto del grupo.

#### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

### 1. TÍTULO

#### TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEGOÑA PELLICER GARCIA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BARREDA AYORA MARIA CARMEN  
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN  
TRALLERO BIELSA ALBERTO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto estaba dirigido a toda la población de Andorra, Oliete, Alloza y Ariño, pero se ha priorizado a ESCOLARES DEL IES DE ANDORRA PABLO SERRANO, como GRUPO PILOTO con idea de extenderlo al resto de población en función de los resultados.

Primer trimestre (enero a marzo):

1. Reunión del equipo de trabajo y comunitarias para abordar el proyecto y priorizar.
2. Elaboración e impresión en papel, de la encuesta a color, con 39 imágenes y una escala con número de terrones de azúcar.

Segundo trimestre (abril a junio):

1. Reunión con el equipo directivo del IES para explicar el proyecto y los objetivos y solicitar colaboración para que los alumnos participen.
2. Mayo: Distribución de encuestas entre todos los alumnos del IES Pablo Serrano de Andorra.
3. Colocación de urnas y distribución de encuestas entre las consultas de Oliete, Ariño, Alloza y Andorra, para que una vez cumplimentada se depositen en la urna /caja.
4. Junio: Recogida de las encuestas cumplimentadas

Segundo semestre (julio a diciembre):

1. Septiembre recogido de las encuestas de las consultas.
2. Volcado y procesado de datos de las encuestas de los alumnos del IES.
3. Reuniones para planificar la intervención con los tutores de Hostelería y tercero de la ESO a través del departamento de biología.
4. Diciembre Resultados de las encuestas y conclusiones de los datos recogidos.

#### Recursos necesarios:

Fotocopias, cajas/urnas, y material audiovisual.  
La implicación de los profesionales para desarrollar el proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han contestado la encuesta 268 alumnos:

- 23 alumnos de Formación profesional.
- 11 alumnos de PID
- 7 alumnos de PAI
- 48 alumnos de 1º ESO
- 70 alumnos de 2º ESO
- 58 alumnos de 3º ESO y
- 51 alumnos de 4º de la ESO.

Con un PROMEDIO DE RESPUESTAS CORRECTAS DE 8,32 de 39 cuestiones lo que supone un 21'33 % DE ACIERTOS, con un rango entre 22 respuestas la mejor y 0 respuestas las peor.

Promedio de respuestas acertadas por grupo:

- FP: 10'56 (27,0 %) \*
- PID: 7'72 (11,79 %)
- PAI: 7'14 (18,30 %)
- 1º ESO: 7'83 (20,07 %)
- 2º ESO: 8'24 (21,12 %)
- 3º ESO: 7'86 (20,15 %)
- 4º ESO: 8'72 (22,35 %)

\* Entendemos que al estar en este grupo los alumnos de hostelería, los resultados son mejor que entre el resto de los grupos.

El producto que MÁS ACIERTOS han recibido es el MONSTER ENERGY (bebida energizante) con 175 aciertos de los 268 que han contestado, lo que supone el 65,3 % DE ACIERTOS.

El producto con MENOS ACIERTOS ha sido el DONUTS con 20 aciertos de los 268 que han contestado, lo que supone un 7,5% de aciertos.

Se han procesado los datos y analizados los resultados de los 39 productos sobre los que se preguntaba en la



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

### 1. TÍTULO

#### TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

encuesta, y cabe destacar que los RESULTADOS MÁS ACERTADOS: Monster energy 65'3 %, toblerone 40'3 %, café de starbucks 38'1 %, refresco de cola de Burguer King 37'7%, helado Macflurby de Mac Donald 21'3 %, ketchup Heinz 20'1 %, galletas Marias 20'5 %, mi primer Danone 22'8 %, Chocolatina Mars 20'9 %, preparado a base de almendras 20'9 %, 7up 20'17 % y Acuario 20%.

Terrones de azúcar:

Los ALIMENTOS CON MAYOR CONTENIDO en azúcar de la encuesta eran: caja de palomitas dulces (33), café de Starbucks (20), refresco de cola de Burguer King (20), bebida energizante Monster (15), toblerone (15), batido Nesquik (14'5), golosinas (14), Redbull (13). ALIMENTOS PROCESADOS como pizza (5), albóndigas (2), hamburguesa (3'5), salchichón (2), sándwich (1), salas de tomate (4) o cesar (6).

ALIMENTOS INFANTILES: batido Nesquik (14'5) potito de frutas (6'5), Danonino (3'5), papilla Blevit 8 cereales (2'5), mi primer danone (2).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El volcado y gestión de los datos (encuestas) en formato papel ha retrasado el proceso, y de esto hemos aprendido para el futuro que DEBEMOS MANEJAR TECNOLOGÍA INTERACTIVA QUE FACILITE EL PROCESO (cuestionario Google drive u otros).

2. Donde se observan MAYORES CARENCIAS DE INFORMACIÓN SON EN AQUELLOS ALIMENTOS CONSUMIDOS PREFERENTEMENTE EN EDADES PEDIÁTRICAS y/o prescolares (Blevit Cereales®, Potito Hipp Ecológico®, Blevit Digest® y Mi Primer Danone®) donde consideran que tienen menor cantidad de azúcar a la que realmente presentan.

3. Llama la atención que los ALIMENTOS PARA BEBES YA TENGAN AZÚCAR lo que hace que el paladar del bebe SE ACOSTUMBRE AL CONSUMO de azúcar desde muy temprana edad (meses).

4. LOS ALIMENTOS QUE CONSUMEN con más frecuencia LOS ADOLESCENTES son como refrescos, pizza, hamburguesas, embutidos alimentos procesados y salsas... tienen ALTO CONTENIDO EN AZÚCAR.

El procesado de los datos ha requerido de más tiempo del previsto, por lo que no se han podido cumplir los plazos previstos para concluir el proyecto. Los objetivos planteados en el proyecto inicial siguen vigentes por eso es un proyecto de continuidad.

Quedan PENDIENTE de procesar las encuestas de la población en general de Oliete, Alloza, Ariño y Andorra y de realizar la intervención que será en el 2020.

Vemos IMPRESCINDIBLE TRABAJAR CON LOS ALUMNOS DEL IES que ya han contestado la encuesta, para sensibilizar en el contenido de azúcar de los alimentos y sus efectos.

La intervención está prevista que se trabaje, con los propios alumnos de tercero de la ESO y que sean ellos los que a su vez trabajen con el resto de alumnos del IES, pudiéndose extender al resto de población.

#### 7. OBSERVACIONES.

La persona responsable de liderar este proyecto, se ha trasladado de puesto por lo que ahora pasa a liderarlo Begoña Pellicer García, EAC de nuestro centro de salud.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/112 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0112

Título  
PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Autores:  
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN, PELLICER GARCIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

### 1. TÍTULO

#### TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

#### PROBLEMA

La OMS recomienda para mantener una alimentación saludable, con respecto al consumo de azúcares que los adultos y niños deberían reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total (2, 7). Una reducción a menos del 5% de la ingesta calórica total aportaría beneficios adicionales para la salud. El consumo de azúcares libres aumenta el riesgo de caries dental. El exceso de calorías procedentes de alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcares libres también contribuye al aumento insalubre de peso, que puede dar lugar a sobrepeso y obesidad.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Sensibilizar a la población que acude al centro de salud, y/o los consultorios locales de la zona básica de salud de Andorra, de Oliete, Alloza y Ariño, en especial a la población infantil y sus familias, del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados.
2. Sensibilizar a los alumnos del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
3. Sensibilizar a los padres del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
4. Informar del riesgo del alto consumo de azúcar en la dieta diaria.

#### POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE:

1. Padres y madres de niños y niñas que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
2. Adultos que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
3. Alumnos del IES de Andorra Pablo Serrano.
4. Padres y madres de los alumnos IES de Andorra Pablo Serrano.
5. Profesores del IES de Andorra Pablo Serrano.

#### MÉTODO

1. Elaboración de encuesta previa, y posterior, mediante imágenes de productos procesados y pregunta sobre el contenido de azúcares.
2. Exposición de imágenes del fotógrafo Antonio Estrada; del proyecto SinAzúcar.org, que consiste en fotografiar de forma muy publicitaria productos ultra-procesados (comida y bebida) junto con la cantidad exacta de azúcar que llevan, usando las propias cifras de etiquetado que da el fabricante.
3. Charla- intervención con los alumnos, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud y plantificar la colaboración de los alumnos en el proyecto (hacer murales/exposición de imágenes de SinAzúcar.org).
4. Trabajar con los alumnos del IES mensajes sobre el consumo de azúcar (mensajes en positivo, por Ej. Come más frutas que bollería industrial). Que serán expuestos en el IES y en C.S. Andorra y los consultorios locales.
5. Elaborar un folleto informativo, con y entre los alumnos del IES.
6. Charla- intervención con los padres, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud, intervención a través del AMPA del IES, los propios alumnos les explicarán a través de los murales/exposición que habrán creado previamente).
7. Difusión del folleto informativo (creado por los alumnos) sobre los efectos del consumo excesivo de azúcar en la dieta.
8. Valorar el conocimiento que tiene la población, del contenido en azúcar, de determinados alimentos elaborados/procesados, mediante encuesta antes y después de la exposición de SinAzúcar.org.

#### INDICADORES

1. Número de encuestas previas cumplimentadas.
2. Número de encuestas posteriores cumplimentadas.
3. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta previa.
4. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta posterior.

#### DURACIÓN

1. Febrero 2019: reuniones con el equipo del IES y compañeros del centro de salud para organizar las actividades.
2. Marzo 2019: encuestas previas a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales y alumnos del IES.
3. Abril: Charla - intervención con los alumnos. Y Charla - intervención con los padres.
4. Abril a junio: elaboración de mensajes positivos y folleto informativo con los alumnos del IES.
5. Del 1 de abril al 30 de noviembre exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales.
6. Diciembre 2019: encuestas posteriores a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud, en el centro de salud y consultorios locales.
7. Enero 2020: análisis de resultados y memoria del proyecto.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112**

**1. TÍTULO**

**TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0113

### 1. TÍTULO

#### TALLERES PARA BEBES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANNA IRENA BIDZINSKA  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROMERO ARASANZ EMMA  
CABEZAS VALLADAR ESTEBAN  
GONZALEZ NIEBLAS JUAN ALBERTO  
CAPAPE VALLE ELENA  
GINES BIELSA MARIA JESUS  
FERRER OBON JOSE LUIS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 6 talleres por grupo entre los meses de septiembre a diciembre de 2019 los jueves de 11 a 12,30 horas, 90 minutos por sesión, en el Aula del Centro de Salud de Andorra; dirigidos a papas y mamás con bebés menores de 6 meses.

Los talleres se estructuran:

- 1º. Cuestionario de conocimientos previo al inicio de los talleres (primer día),
- 2º. Parte teórica en cada sesión,
- 3º. Práctica relacionada con el tema,
- 4º. Masaje infantil y relajación en cada sesión,
- 5º. Resolución de dudas y experiencias compartidas,
- 6º. Posterior al finalizar los talleres (6º día),

Temas sobre los que se ha trabajado:

- 1º. Orígenes del masaje infantil, beneficios.
- 2º. Primeros auxilios.
- 3º. Recuperación de postparto.
- 4º. Introducción alimentación complementaria y Baby Lead Weaning (BLW).
- 5º. Lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna.
- 6º. Prevención de accidentes en la infancia.

Se ha promocionado y derivado, desde las consultas de pediatría y matrona, así como desde el blog Andorra con Salud del Centro de salud de Andorra y a través del Facebook.

Se han realizado dos grupos con mamás, papas y bebés.

En total se ha intervenido sobre:

- 24 bebés de edades entre 30 días y 3 meses.
- 24 mamás, de las cuales para 13 era su primer hijo y 11 ya tenían más hijos.
- 8 papas, para los que era su primer hijo.

Sobre el fomento de la lactancia materna:

- 20 mamás daban lactancia materna a sus bebés,
- 3 lactancia mixta y
- 1 lactancia artificial.

Recursos necesarios:

Equipo de audio visual, material fungible, colchonetas y sala docente del centro de salud.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### SOBRE LA INTERVENCIÓN

##### 1º. CONOCIMIENTOS:

- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario PREVIO:
  - o 1º grupo: 6/10
  - o 2º grupo: 6,2/10

- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario POSTERIOR:
  - o 1º grupo: 9,3/10
  - o 2º grupo: 8,7/10

##### 2º. SATISFACCIÓN:

- La valoración de las PONENTES ha sido: Anna Bidzinska 5/5, Emma Romero 5/5
- El LUGAR de realización bastante adecuado: 4,22/5
- La INFORMACIÓN Y EL MATERIAL 4,5/5 ha sido correcta y más de la esperada.
- RECOMENDARIA el taller: 100% de los participantes
- Le ha sido ÚTIL: 100% de los participantes
- SATISFACCIÓN general con el taller 20% alta y 80% muy alta.
- Aspectos a mejorar: en general consideran que ninguno.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0113

### 1. TÍTULO

#### TALLERES PARA BEBES

Resulta muy gratificante la intervención con estos grupos, ya que se fomenta la seguridad de las mamás y papás, en el manejo de sus hijos.

#### SOBRE LA CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO:

1. Número de REVISIONES DEL NIÑO sano que han acudido en 2019: el 100 % de los bebés han acudido a las revisiones correspondientes a su edad y en la fecha propuesta.
2. LACTANCIA de los bebés al terminar los talleres:
  - a. 20 bebés están con lactancia materna 83'3%
  - b. 3 mixta (por edad): 12,3 %
  - c. 1 artificial: 4,1 %
3. DGP ALIMENTACIÓN ADECUADA o inadecuada:
  - a. el 100 % de los bebés tienen una alimentación adecuada a su edad y situación de salud.
4. DGP HIGIENE ADECUADA o inadecuada:
  - a. el 100 % de los bebés tienen una higiene adecuada.
5. Número de visitas a urgencias antes y posteriormente (2019) a la intervención con motivo: accidente/caída, dolor /llanto: NINGÚN BEBE HA ACUDIDO A URGENCIAS POR LOS MOTIVOS DE ACCIDENTE, CAÍDA, DOLOR O LLANTO, NI ANTES NI DESPUES DE LA INTERVENCIÓN.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos aprendido que trabajar con las mamás y papás ayuda a resolver dudas en las primeras etapas del crecimiento, y así se ve reflejado en la mejora del nivel de conocimientos y en la satisfacción con el taller que ha sido muy buena por parte de los participantes. La valoración de los profesionales es muy satisfactoria y enriquecedora.

Es un taller fácilmente replicable con los profesionales adecuados y la implicación de los mismos.

#### 7. OBSERVACIONES.

Este proyecto ha cambiado el responsable ya que la matrona anterior se trasladó, pero la actual matrona Anna Irena Bidzinska, ha liderado el proyecto junto con la enfermera de pediatría Emma Romero. Los MIR de nuestro centro han participado en los talleres dentro de su formación en atención comunitaria. La participación de la auxiliar y los celadores del centro es muy necesaria para el acondicionamiento de la sala y poder desarrollar la actividad en las mejores condiciones medio ambientales.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/113 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0113

Título  
TALLERES PARA BEBES

Autores:  
REPOLLES PERALTA PATRICIA, ROMERO ARASANZ EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

El proyecto nace de las numerosas dudas que aparecen, incluso antes del parto, al hacerse cargo de un bebé, así como el deseo de hacerlo lo mejor posible. Por eso la matrona y la enfermera de pediatría ponen en marcha el programa de masaje infantil y a la vez se incluyen temas de cuidado del bebé. Durante los meses de crecimiento del bebé dentro del vientre de la madre, el tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse. El contacto físico es una necesidad humana primaria, por eso decimos que el tacto es tan necesario para los bebés como el alimento. El masaje infantil es una forma de comunicación a través del tacto entre los padres y sus bebés que va más allá de las palabras

#### RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0113

### 1. TÍTULO

#### TALLERES PARA BEBES

##### Principal:

-Ofrecer un punto de encuentro para padres y madres donde compartir experiencias, inquietudes, aclarar dudas, reforzar conocimientos, (mitos y leyendas sin fundamento).

##### Específicos:

1. Aprender las técnicas de masaje infantil para mejorar la seguridad de los padres con sus hijos y la comunicación.
2. Enseñar los beneficios del masaje infantil.
3. Facilitar, mediante el tacto, la voz y el lenguaje no verbal, la creación y fortalecimiento de vínculos afectivos entre padres e hijos.
4. Relajar musculatura y aliviar tensiones.

##### A QUIEN VA DIRIGIDO:

A padres y madres de bebés entre 0 y 6 meses de la zona de salud de andorra

##### MÉTODO

1. Se realiza un cuestionario de conocimientos previo y otro posterior al terminar el ciclo formativo.
2. En cada sesión se tratará un tema relacionado con los cuidados del bebé en el 1º año de vida, además de resolver dudas y compartir experiencias. Terminando con relajación y masaje.

##### Sesiones:

- Presentación, introducción al masaje infantil. Relajación. Masaje de piernas.
  - Lactancia materna y artificial. Relajación. Masaje de abdomen.
  - Alimentación complementaria. Relajación. Masaje de tórax y brazos.
  - Desarrollo psicomotor en el primer año de vida y prevención de accidentes. Relajación. Masaje de cara y espalda.
  - Urgencias. Relajación. Masaje completo y estiramientos. Evaluación.
3. Al finalizar el ciclo se realiza cuestionario de satisfacción.

##### INDICADORES

###### SOBRE LA INTERVENCIÓN:

1. Número y promedio de asistentes (papas y/o mamas) a las sesiones.
2. Respuestas correctas en el cuestionario previo sobre el total de las respuestas.
3. Respuestas correctas en el cuestionario posterior sobre el total de las respuestas.
4. % de ganancia de conocimientos.
- e. Satisfacción con los talleres (encuesta).
5. Valoración de los profesionales implicados (encuesta).

###### SOBRE LA CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO:

1. Número de revisiones del niño sano que acude a lo largo de 2019
2. Tipo de lactancia de los bebés que han participado en los talleres, en el momento de la intervención y a los seis meses. (Fuente OMI AP)
3. Alimentación adecuada o inadecuada (DGP OMI AP)
4. Higiene adecuada o inadecuada (DGP OMI AP)
5. Número de visitas a urgencias durante el año 2019 y motivo: accidente/caída, dolor/llanto.

##### DURACIÓN

Se realizarán ciclos de 5 sesiones, un día a la semana, de una duración aproximada de 90 minutos (los jueves de 11'30 a 13 horas), en el Aula de docente del Centro de Salud de Andorra.

- Primer ciclo: finales de 2018 (diciembre) a finales de enero de 2019

Se realizaran ciclos sucesivos en función de la demanda.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0117

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SUSANA LOPEZ SAURAS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se han llevado a cabo un total de 8 talleres, en principio estaban planteados una serie de temas pero se dio la posibilidad a los asistentes de modificar los según sus intereses. Los temas finalmente tratados y las fechas fueron las siguientes:

1. Dieta Saludable, conceptos básicos (01/02/2019).
2. Elaboración de un menú semanal saludable (01/03/2019)
3. Compra inteligente. Aprendiendo a leer etiquetado nutricional. (05/04/2019)
4. ¿Es sano comer fuera de casa? Cómo elegir la opción más saludable. (03/05/2019)
5. Técnicas culinarias saludables. (07/06/2019)
6. Desmontando mitos y bulos sobre alimentación (25/10/2019)
7. ¿Es la obesidad un problema sanitario? Cine Forum con la proyección del documental de Atresmedia "El estado de los Obesos" perteneciente a la serie Enviado especial. (29/11/2019)
8. Claves para que la Navidad no nos pese demasiado (13/12/2019)

Todos los talleres han sido teórico-prácticos con una parte teórica con proyección de power point y una segunda parte práctica. Para ello se han aportado y elaborado diferentes materiales complementarios, como son:

Taller 1: alimentos y productos ultraprocesados para diferenciar alimentos saludables y sus nutrientes destacados, pirámide nutricional.

Taller 2: tablas en blanco para la realización de menús saludables y pegatinas de los diferentes grupos de alimentos.

Taller 3: láminas representativas de diferentes alimentos procesados y ultraprocesados con su información nutricional y listado de nutrientes correspondiente.

Taller 4: recreación de un restaurante con diferentes representaciones gráficas de menús diarios, menús de fast food, cartas...

Taller 5: Microondas y diferentes alimentos para realización de recetas saludables.

Taller 6 y 7: papelograma y roturadores de colores.

Taller 8: Alimentos para realizar aperitivos saludables. Recetario con diferentes menús saludables para navidad.

La mayoría de los materiales necesarios han sido elaborados previamente por la docente. En un principio se pensó ofertar los talleres a la población general, pero debido al pequeño aforo del salón donde se realizan los talleres y la gran afluencia de personas a la consulta monográfica de control de peso se decide ofertarla primero a dichos pacientes como refuerzo de los conceptos teóricos tratados en la consulta. Al mismo tiempo se puso en conocimiento de los miembros del equipo por si consideraban importante incluir a algún paciente.

Todas las sesiones se han reforzado con la entrega de un resumen con los conceptos más importantes tratados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al taller han acudido un total de 36 personas, 3 hombres y 33 mujeres (31 de ellos han sido seleccionados de la consulta monográfica de control de peso). La asistencia ha sido dispar, siendo mayor en el primer semestre (13 asistentes de media) que en el segundo (8 asistentes de media).

El 100% de los asistentes ha aumentado sus conocimientos previos tras los talleres, para su valoración se realizaron encuestas previas y posteriores en todos los talleres.

Al finalizar el taller se evaluó la satisfacción de los usuarios según escala liker, siendo los resultados:

- El 62.5% considera que los talleres han sido muy útiles, el 50% consideran que la formación recibida impactará mucho sobre su salud.

- El 87.5% considera que el ambiente de trabajo ha sido muy agradable, el 80% que las instalaciones han sido bastante adecuadas y que la documentación aportada ha sido mayor de la esperada.

- El 90 % valora muy positivamente a la formadora, el 90% está muy satisfecho con el taller y el 100% recomendarían el taller a otras personas.

- El 100% demandan la continuidad de los talleres, solicitando se incluyan en la parte práctica la elaboración de recetas saludables.

Todos los pacientes cumplieron la encuesta de adherencia a la D. Mediterránea, con un resultado medio de 9/14 (resultados > de 9 significan buena adherencia), aunque hay que recalcar que 34 de los 36 pacientes habían pasado anteriormente por la consulta de control de peso donde habían recibido consejos sobre modificación de hábitos alimentarios inadecuados.

24 personas (66.6%) han modificado la adherencia a la dieta Mediterránea y 22 personas (61.1%) han disminuido su IMC desde que acuden a los talleres.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creo que estos talleres son muy pertinentes, teniendo en cuenta primero los resultados obtenidos y la alta satisfacción de los asistentes, y en segundo lugar la epidemia mundial de obesidad y los malos hábitos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0117

### 1. TÍTULO

#### **PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE**

dietéticos de la población. Hay que educar a la población para que sea capaz de adquirir una dieta saludable que le permita mantener una salud adecuada y evitar el creciente número de enfermedades no transmisibles. Para mejorar el proyecto sería ideal poder contar con materiales específicos de educación alimentaria, que hasta el momento están siendo de fabricación propia y con recursos económicos propios. Para próximos años sería conveniente dividir los talleres por semestres, pues la experiencia de este año es que con el parón del verano se pierden asistentes.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/117 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0117

Título  
PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA: "¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?".  
TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

Autores:  
LOPEZ SAURAS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

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

**PROBLEMA**  
Debemos remarcar que los hábitos de vida de los españoles han experimentando grandes cambios en las últimas décadas. Nuestra alimentación se ha ido alejando del modelo tradicional de la Dieta Mediterránea, aumentando el consumo de carnes, azúcares refinados, bebidas azucaradas y bollería industrial. Además, debido a los avances tecnológicos y las mejoras en las condiciones socio-económicas de vida, hemos disminuido el tiempo dedicado a la actividad física, aumentando el sedentarismo. Tanto el sobrepeso como la obesidad, se asocian con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Son la causa o empeoramiento de patologías como la diabetes, la HTA, la enfermedad coronaria y diversos tumores. Además se asocian a mayor riesgo de mortalidad cardiovascular, mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas e inadaptación social, incremento del coste sanitario y disminución de la esperanza de vida.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Fomentar en nuestra población una alimentación saludable como medida para prevenir la enfermedad y la discapacidad, y mejorar la calidad de vida.  
- Que la población conozca los beneficios de una alimentación saludable, así como las recomendaciones concretas para conseguirla (composición de alimentos, frecuencia de consumo, porciones, raciones...)  
- Que la población conozca las enfermedades más frecuentes en nuestro entorno relacionadas con la malnutrición, tanto por exceso como por defecto (obesidad, HTA, Diabetes, anemias, Hiperlipemias, osteoporosis...)  
- Que la población sea capaz de elaborar un menú saludable, basado en alimentos naturales, de temporada y de proximidad, evitando los productos ultra procesados.  
- Que la población adquiera los conocimientos necesarios para realizar una lectura correcta del etiquetado nutricional, mejorando su dieta diaria y adquiriendo conocimientos para realizar una compra saludable y sostenible.  
- Que la población sea capaz de valorar correctamente los mensajes publicitarios en los que la alimentación se tome como valor, así como de las prácticas de riesgo más difundidas entre la población (dietas milagro, alimentos light, sin azúcar añadidos...).  
- Que la población adquiera conocimientos adecuados en cuanto a la preparación y procesamiento culinario de los alimentos, conociendo técnicas culinarias seguras y saludables.  
- Que la población disponga de estrategias para elegir un menú saludable cuando salga a comer fuera de casa (restaurantes, fechas señaladas...)

POBLACIÓN DIANA



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0117

### 1. TÍTULO

#### **PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE**

Población adulta de la zona básica de salud.

#### MÉTODO

1. Se realizarán talleres teórico-prácticos en sesiones de dos horas con una periodicidad mensual. En principio se plantean talleres en el centro de salud, el primer viernes de cada mes, en horario de 9.30 a 11.30, con un aforo máximo de 20 personas  
Todas las sesiones constarán de una exposición breve de conceptos (20-30 minutos), seguida de actividades prácticas para afianzar conocimientos. En algunas sesiones se plantea la posibilidad de salir del centro en grupos para ejercitar la lectura de etiquetas o compras en establecimientos de la localidad.

Los diferentes temas a tratar serán:

- Conceptos básicos de nutrición: nutrientes, tipos. Grupos de alimentos y su composición.
- Dieta Mediterránea como representación de la Dieta saludable: evaluación de resultados mediante el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (estudio PREDIMED) previo y posterior al taller.
- Realización de un menú saludable. Raciones y porciones.
- Guía para una compra saludable. Etiquetado nutricional.
- Publicidad y alimentación saludable.
- Preparación y proceso culinario de alimentos. Técnicas culinarias seguras y saludables.
- Conservación y reconstitución de alimentos en el hogar.
- Seguridad en la cocina.
- Comer fuera de casa. Elección de un menú saludable.
- Enfermedades más comunes en nuestro entorno relacionadas con la alimentación.
- Estrategias para que la Navidad no nos pese demasiado. Elaboración menú saludable.

#### INDICADORES

1. Número de personas sobre las que se ha realizado intervención/ taller.
2. Número de personas que mejora la adherencia a la dieta Mediterránea tras acudir al taller sobre dieta mediterránea.
3. % de mejora de la adherencia a la dieta Mediterránea tras acudir al taller sobre dieta mediterránea.
4. Número y % de personas que han acudido a alguno de los talleres, con ganancia de conocimientos tras el taller.
5. Grado de satisfacción (escala liker), de los pacientes tras cada taller.
6. Número de personas que han acudido a alguno de los talleres, con disminución de su IMC, a los 3 y 6 meses del último taller al que asistió, del total de los asistentes.
7. Número (%) de pacientes con dieta "adecuada o inadecuada" (DGP de OMI AP) antes de iniciar los talleres y a los 3 y 6 meses del último taller al que asistió.

#### DURACIÓN

Los talleres serán el primer viernes de cada mes de enero a junio y de octubre a 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 - 2019/0118

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... ESTHER TRILLO SALLAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LAHOZ MACIPE CONCEPCION  
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN  
MOLINA ALMIRON MARIA CARMEN  
MESA RAYA ERNESTO  
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD  
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS  
PEREZ LACLERIGA EMILIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Organización de agenda: Empezamos el día 8 de mayo de 2018 con tres huecos de demanda, todos los martes exceptuando el periodo vacacional dada la difícil cobertura de las consultas médicas. Hemos añadido según la propuesta de mejora de 2018 para 2019, tres huecos de demanda no presencial para citar a los pacientes que están pendientes de resultados de anatomía patológica. El día de la cirugía se citan en el plazo de un mes para revisar la historia, en caso de no estar todavía los resultados, se cita para más adelante. Se avisa por teléfono al paciente del resultado.  
2. Se han elaborado unas hojas de derivación, consentimiento informado y consentimiento para realizar fotografías. Una vez cumplimentadas las hojas, el paciente se cita desde el servicio de admisión.  
3. Hemos realizado un circuito de derivación, todos los médicos puede rellenar las hojas de derivación y con los datos el servicio de admisión contacta con el paciente para darle cita.  
4. Formación a los residentes conforme han ido rotando por el Centro de Salud.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a 2018, se han realizado 50 intervenciones más, siendo un total de 70 pacientes los que hemos atendido. En el momento actual no tenemos ningún resultado de anatomía patológica pendiente, ni recidivas. El tipo de lesiones extirpadas han sido fibromas pendulares milimétricos múltiples en los que no se ha precisado realizar estudio. En 7 casos se extirparon nevos melanocíticos con márgenes no afectados. 3 casos fueron carcinomas basocelulares con márgenes limpios que fueron derivados a la consulta de dermatología. El resto tras el estudio anatomopatológico se confirman lesiones benignas. No hemos tenido complicaciones intraquirúrgicas ni posteriormente. El tiempo medio de espera desde la exéresis hasta el resultado de anatomía patológica ha sido de 2 meses. No hemos obtenido diferencia en la curación según la técnica. Se han recogido los datos como tipo de lesión, cirugía, material, incidencias, técnica que quedan pendientes de analizar cuando tengamos más pacientes incluidos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se percibe buena organización en las agendas y circuito de derivación. Satisfacción en el equipo de trabajo por la adquisición de habilidades técnicas quirúrgicas, conocimiento sobre lesiones. Agradecimiento por parte de los pacientes ya que disminuyen la demora que existe en otros servicios, la posibilidad de exéresis de lesiones rechazadas en otros niveles. Una vez puesta en marcha la consulta necesitamos más intervenciones para mejorar las técnicas y continuación del estudio descriptivo iniciado. Queda pendiente la realización de la encuesta de satisfacción a los pacientes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/118 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0118

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0118

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

TRILLO SALLAN ESTHER, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MESA RAYA ERNESTO, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, MARTINEZ AYALA ENRIQUE, CORTES ARISTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

En nuestro centro de salud la cirugía menor se venía haciendo de forma ocasional, como un proceso más de la consulta de atención primaria, y cada profesional se organizaba en tiempo y forma. Inicialmente la Dra. Trillo junto la Dra. Lahoz, comienzan a organizar la consulta de C M en tiempo, espacio, dotación de materiales e instrumental y creación de agenda específica, quedando la asistencia urgente al resto de pacientes de cada cupo, cubierta entre ambas profesionales. Dada la demanda cada vez mayor de este tipo de intervenciones, se hace necesario elaborar un proyecto de mejora de la calidad, que ponga de manifiesto la oportunidad y el beneficio de esta consulta.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Organizar el circuito de derivación desde la consulta del médico de atención primaria a la consulta de cirugía menor.
2. Unificar las lesiones susceptibles de exéresis en la consulta de C M y los criterios de exclusión.
3. Organizar el circuito de comunicación de resultados a los pacientes.
4. Elaborar registro de evaluación (Excel) con: identificación de los profesionales que realizan la cirugía, número de pacientes, número de lesiones extirpadas, localización, tipo de lesión, tamaño en cm, número de interconsulta a anatomía patológica, resultado de la anatomía patológica y días transcurridos desde el envío y el resultado, complicaciones y tipo de complicaciones intra-quirúrgica y post-quirúrgica (sincope, hemorragia, hematoma, dehiscencia de herida, sobreinfección, recidiva...)
5. Ofertar la consulta a todos los pacientes susceptibles de C M, de la zona básica de salud.
6. Formar a médicos internos residentes y a otros profesionales que quieran adquirir habilidades en cirugía menor ambulatoria.
7. Elaborar documentos de derivación, consentimiento informado, hoja de información a los pacientes con registro de ISO.

#### MÉTODO

1. Información al equipo del proyecto de mejora.
2. Formación de los profesionales implicados en la consulta de cirugía menor ambulatoria en nuestro centro.
3. Crear agenda de cirugía menor: martes de 9 a 11 y viernes de 13'30 a 14'30 horas.
4. Elaborar Excel de registro y evaluación de la consulta de CM
5. Elaboración de hojas de derivación, consentimiento informado, hoja de información a los pacientes con registro de ISO, y de satisfacción del servicio por parte de los pacientes.

#### INDICADORES

1. Número de pacientes atendidos en CCM (consulta de cirugía menor) del total de pacientes derivados.
2. Número de lesiones con complicaciones intra-quirúrgicas del total de las lesiones intervenidas.
3. Número de lesiones con complicaciones post-quirúrgicas del total de las lesiones intervenidas.
4. Media de días de curación de las lesiones, desde la intervención hasta el alta.
5. Media de días de curación según la técnica empleada (cauterización con bisturí eléctrico o sutura).
6. Número de lesiones con recidiva del total de las lesiones intervenidas.
7. Número de lesiones con interconsulta a anatomía patológica del total de las lesiones intervenidas.
8. Tiempo medio de días de respuesta del servicio de anatomía patológica, desde la interconsulta a la obtención del resultado.
9. Número de lesiones extirpadas cuyo resultado de anatomía patológica es susceptible de malignidad del total de las lesiones enviadas a anatomía patológica.
10. Número de nuevos profesionales (MIR, enfermeras, MFC, otros) que se forman en la CCMA
11. Valoración del grado de satisfacción (escala liker), de los usuarios del servicio.

#### DURACIÓN

1. Noviembre - Diciembre de 2018: formación de los profesionales implicados en la CCMA
2. Enero 2019: creación y adaptación de la Agenda CCMA, con citas programadas y demanda no presencial, para informar a los pacientes sobre los resultados.
3. Febrero 2019: Presentación al equipo de la consulta de cirugía menor del centro de salud, abrir la consulta al resto de profesionales para la derivación de pacientes y acuerdo para incluir el proyecto como propuesta de mejora en la plataforma del Salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0118

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

4. Marzo 2019: elaboración de diagrama de flujo del circuito de la CCMA, documentación: hoja de derivación, hoja informativa para el paciente, consentimiento informado, Excel de registro de datos, encuesta de satisfacción de los pacientes.
5. Marzo a diciembre 2019: formación a otros profesionales.
6. Diciembre 2019: análisis de resultados y elaboración de memoria 2019

#### OBSERVACIONES

La ubicación del quirófano será en la sala de vitales de la planta -1, que de 8 a 15 horas no se usa para urgencias, ya que está bien equipada ante posibles complicaciones.  
La organización de las urgencias de los pacientes de cada cupo deben de estar cubiertas, para evitar la interrupción del proceso quirúrgico, la demanda queda bloqueada en la agenda de los profesionales implicados.

#### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

### 1. TÍTULO

### VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ENRIQUE MARTINEZ AYALA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TRALLERO BIELSA ALBERTO  
PEÑA GALO EDGAR  
PELLICER GARCIA BEGOÑA  
BARRERA AYORA MARIA DEL CARMEN  
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL  
SALAS FERRER VICTORIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ESTE PROYECTO SE DIRIGE A LOS PADRES, MADRES Y ALUMNOS DE LOS COLEGIOS DE PRIMARIA DE LAS LOCALIDADES DE OLIETE, ARIÑO Y ALLOZA.

##### 1.-Durante el PRIMER TRIMESTRE (enero a marzo):

1.1\_Se ELABORA UNA ENCUESTA en la que se incluyen los siguientes apartados: datos socio demográficos, socio laborales y familiares, alimentación y hábitos dietéticos, adherencia a la dieta mediterránea, actividad física y ejercicio, consumo de tabaco y exposición al humo del tabaco, consumo de alcohol

La encuesta está basada en los siguientes documentos:

1.Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega - 2007 (actividad física)

2.Talleres Educativos Centro de Recursos de Consumo Mercado Central de Alicante (alimentación)

3.Encuesta nacional de salud 2017 adultos del ministerio de Sanidad (tabaco y alcohol)

4.CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA. Estudio: RICARD

1.2\_Elaboración del CONSENTIMIENTO INFORMADO para todos los participantes del estudio (en el caso de los niños los padres o tutores son los que tienen que dar el consentimiento por escrito)

El médico y la enfermera de cada pueblo, se REUNEN con los responsables de las escuelas en las localidades adscritas a Andorra (Ariño, Alloza y Oliete) en donde se les explica el objetivo del proyecto y la forma de colaborar)

##### 2.-Durante el SEGUNDO TRIMESTRE (abril a junio):

a. Entrega de las encuestas y los consentimientos a los padres de los alumnos.

b. Una vez recibidas los profesores realizan la actividad "QUE COMEMOS HOY" con los niños: durante una semana rellenarán una ficha en las que los niños tienen que poner que han tomado en cada una de las comidas del día, de lunes a domingo.

c. Los profesionales de enfermería de cada localidad van a la escuela, y se pesa, talla para calcular el IMC de los niños, y posterior registro antropométrico en DGP de la HCE.

d. En consulta se pesa y talla a los adultos para calcular el IMC, y posterior registro antropométrico en DGP de la HCE.

e. En junio: Recogida de la actividad "que comemos hoy", las encuestas y los consentimientos cumplimentadas.

##### 3.- En el SEGUNDO SEMESTRE (julio a diciembre)

a.Septiembre: Reunión con el equipo de trabajo del proyecto para acordar el procesado de los datos.

b. Septiembre a noviembre: volcado de datos las hojas Excel para su posterior análisis

c. Diciembre: análisis de los datos, evaluación de los indicadores y conclusiones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. NÚMERO DE PARTICIPANTES 121 de 125 que se les invito a participar: 96'8 % de participación de la población a estudio. De los cuales 68 son adultos y 53 niños en edad encolar de entre los 6 y 11 años.

##### 2. Valoración de la exposición y CONSUMO DE TABACO:

a.EXPUESTOS AL HUMO DEL TABACO ENTRE 1 - 5 HORAS/DÍA:

ADULTOS: 17'9% de los hombres y el 10'3% de las mujeres adultas.

NIÑOS > 5 HORAS /DIA: 21'1% en los niños y 25% en las niñas

b. NUNCA O CASI NUNCA están expuestas al humo del tabaco: 64'3% de los hombres y el 58'6% de las mujeres

c. NO FUMA, PERO HA FUMADO ALGUNA VEZ EN > 9 AÑOS: 19'5% de los hombres y el 25% DE LAS MUJERES,

d. FUMA A DIARIO: el 24'4% de los varones y el 20% las hembras, y

e. NUNCA HAN FUMADO: el 39% de los hombres y el 32'5% de las mujeres

f.La EDAD MEDIA DEL INICIO del consumo de tabaco en mayores de 9 años fue de 17'1 AÑOS.

##### 3. Valoración del CONSUMO DE ALCOHOL:

a.NUNCA HAN TOMADO ALCOHOL: el 8'3% de los hombres y el 3'8% de las mujeres.

b. Llevan MÁS DE UN AÑO SIN TOMAR ALCOHOL: el 4'2% de los hombres y el 3'8% de las mujeres.

c. CONSUMEN ALCOHOL AL MENOS 4 DÍAS A LA SEMANA: el 25% de los hombres y el 3'8% de las mujeres.

d. CONSUME A DIARIO: el 20'8% de los hombres, y ninguna mujer.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

### 1. TÍTULO

#### VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

4. Valoración del IMC:  
a. ADULTOS mayores de 18 años:  
SOBREPESO: el 41'4% de los hombres y el 31% de las mujeres, y  
OBESIDAD: 24'1% de los hombres y el 6'9% de las mujeres.  
b. NIÑOS de 6 a 11 años: s  
SOBREPESO el 9'1 % de los varones.  
OBESIDAD: "0", no hay casos.
5. Sobre los HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:  
a. DESAYUNO:  
NO DESAYUNAN:  
1. ADULTOS: el 6'2% de los hombres y el 5'9% de las mujeres  
2. NIÑOS: NINGUNO DESAYUNAN TODOS.  
DESAYUNAN BOLLERIA INDUSTRIAL:  
1. ADULTOS: el 9'4% de los hombres y el 8'8% de las  
2. NIÑOS: el 13'6% de los varones y el 15'8 % de las niñas
- b. NO TOMAN VERDURAS:  
ADULTOS:  
1. En la comida: 40'6% de los varones y el 41'2% de las mujeres.  
2. En la cena: 40'6 % de los varones y el 26'5% de las mujeres.  
NIÑOS:  
1. En la comida: 59'1% de los niños y el 57'9% de las niñas.  
2. En la cena: 63'6% de los niños y el 68'4% de las niñas.
- c. NO TOMAN FRUTA:  
ADULTOS:  
1. En la comida: 15'6 % de los hombres y el 17'6% de las mujeres.  
2. En la cena: 75% de los hombres y el 76'5% de las mujeres.  
NIÑOS:  
1. En la comida: 40'9% de los niños y el 42'1% de las niñas.  
2. En la cena: 81'8% de los niños y el 63'2% de las niñas.
- d. CONSUMO DE CHUCHERÍAS:  
A VECES: 100%  
A DIARIO: NINGUNO
6. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA (Estudio RiCARD2):  
ADULTOS:  
1. BAJA adherencia el 59'4% de los hombres y el 55'9% de las mujeres (< o igual a 7 puntos)  
2. MEDIA el 28'1% de los hombres y el 32'4% de las mujeres (8 - 10 puntos)  
3. ALTA el 12'5% de los hombres y el 11'8% de las mujeres (11 puntos o más)
- NIÑOS: En los niños la valoración de adherencia se redujo un punto en relación a los adultos por la pregunta sobre el consumo de alcohol  
1. BAJA adherencia el 69% de los niños y el 63'6% de las niñas  
2. MEDIA adherencia el 6'9 % de los niños y el 9'1% de las niñas  
3. ALTA adherencia ninguno (0%)  
4. no saben o no contestan el 24'1% de niños y el 24'3% de niñas
7. Valoración de la ACTIVIDAD FÍSICA de la población (Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega - 2007 (actividad física)  
ADULTOS:  
1. NO contestan o no saben el 9'4% de los hombres y al 5'9% de las mujeres.  
2. Realizan actividad física LIGERA el 12'5% de los hombres y el 70'6% de las mujeres.  
3. Realizan actividad física MODERADA el 68'8 % de los hombres y el 11'8% de las mujeres.  
4. realizan actividad física ALTA el 9'4% de los hombres y el 11'8% de las mujeres.
- NIÑOS: todos realizan más de 20 minutos de alguna actividad durante la semana,  
1. siendo ALTA en el 17'2 % de los varones y el 22'7% de las mujeres,  
2. MODERADA en el 34'5% de los varones y el 36'4% de las mujeres y  
3. LIGERA en el 13'8% de los varones y el 9'1% de las mujeres  
4. no saben o no contestan el 34'5 y el 31'8% de niños y niñas respectivamente
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
1. Por la ALTA PARTICIPACIÓN de la población en el estudio (96'8 %) consideramos que la población se implica en las acciones que los profesionales de la salud desarrollan, sobre todo en lo relacionado con la población escolar.  
2. Que se inician en el CONSUMO DE TABACO, a LOS 17 AÑOS, y que fuman MÁS MUJERES que hombres. Por lo que la educación debe comenzar a edades tempranas, en la escuela.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

### 1. TÍTULO

#### VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

3 Que el CONSUMO DE ALCOHOL ES MUY FRECUENTE, sobre todo EN LOS HOMBRES

4 Con respecto al Índice de masa corporal (IMC): los HOMBRES tienen más SOBREPESO que las mujeres y también que el 9.1% DE LOS NIÑOS TIENEN SOBREPESO.

5 Que el CONSUMO DE FRUTA Y VERDURA en la población adulta e infantil, es BAJO.

6 La ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA, ES MUY BAJA en nuestra población de estudio, siendo esta inferior al 15% TANTO EN HOMBRES (12.5%) COMO EN MUJERES (11.8%) y nula en los niños y niñas, a pesar de que en este último grupo se redujo en indicador un punto por el no consumo de vino en niños.

7 En referencia a la ACTIVIDAD FÍSICA, no hay nadie con sedentarismo los niños hacen EJERCICIO DE FORMA HABITUAL y los adultos también con mayor o menor intensidad.  
RECOMENDACIONES:

Nos parecía importante DETERMINAR LOS HÁBITOS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO. YA QUE EL NUMERO DE PARTICIPANTES Y EL FOCO (LAS ESCUELAS DEL MEDIO RURAL) PERMITIRÁN REALIZAR INTERVENCIONES, desde la EDUCACIÓN EN LAS ESCUELAS hasta las distintas ASOCIACIONES VECINALES Y DE PADRES DE ALUMNOS, para fomentar hábitos de vida saludables.

#### 7. OBSERVACIONES.

Las conclusiones de este proyecto nos van a permitir a través de la comisión de Comunitaria de nuestro centro planificar acciones de mejora medibles y con hechos probados.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/135 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0135

Título  
VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:  
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA ALBERTO, PEÑA GALO EDGAR, PELLICER GARCIA BEGOÑA, MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN, CORTES ARISTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

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

PROBLEMA  
El tabaquismo, la alimentación no saludable, el sedentarismo y el consumo de riesgo/nocivo de alcohol, son causa de muchas enfermedades y muertes. Está demostrado con numerosos estudios de investigación que la intervención de los profesionales sanitarios para promover una alimentación sana, el abandono del tabaco, y el consumo no de riesgo de alcohol, son una de las intervenciones más eficaces para mejorar la salud de los pacientes, teniendo por consiguiente no solo un gran impacto poblacional sino una relación coste efectividad muy favorable.

RESULTADOS ESPERADOS  
1. Conocer los hábitos que tiene la población seleccionada en cuanto a la actividad física, alimentación, consumo de tabaco y consumo de alcohol.  
2. Analizar los resultados y valorar la situación

MÉTODO  
1. Elaboración de un cuestionario de hábitos saludables, que valore: alimentación ejercicio, consumo de tabaco y alcohol( basado en la encuesta nacional de salud  
2. Elaboración de consentimiento informado.  
3. Recogida datos mediante el cumplimiento de las encuestas.  
4. Análisis de los datos obtenidos.  
5. Conclusiones del estudio.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

### 1. TÍTULO

#### VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

##### INDICADORES

1. Número (%) de participantes del total de personas que se les ha invitado a participar.
2. Valoración de la exposición y consumo de tabaco:
  - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio con exposición al humo del tabaco de entre 1 hora y más de 5 horas al día.
  - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio, que nunca o casi nunca están expuestos al humo del tabaco.
  - c. Número (%) de personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio, que han fumado alguna vez, cuantas fuman a diario y cuantas no fuman pero lo han dejado.
  - d. Edad media de inicio en el consumo de tabaco de las personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio.
3. Numero (%) de adultos que consumen alcohol: nunca, a diario, 5 a 6 días/semana, 3 a 4 días/semana, 1 a 2 días/semana.
4. Valoración del IMC (DGP DE OMI AP) de la población a estudio en el momento de la encuesta.
5. Número (%) de personas con sobrepeso y obesidad, según sexo y grupo poblacional (niños de 6 a 11 años y adultos/familiares a partir de 18 años), de la población a estudio.
6. Sobre los hábitos de alimentación:
  - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO desayunan.
  - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
  - c. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
  - d. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen verduras en la comida o en cena.
  - e. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen frutas en la comida o en cena.
  - f. Número (%) de niños de 6 a 11 años, a estudio que, NO comen chucherías, comen chucherías a veces y comen chucherías a diario.
7. Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea:
  - a. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con baja adherencia (<7 puntos) o buena adherencia (> 10 puntos), a la dieta mediterránea.
  - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con un consumo al día, de más de una unidad/vaso, de bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter).
8. Valoración de la actividad física de la población a estudio:
  - a. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio que NO practican actividad física
  - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio que practican actividad física alta ligera o moderada

##### DURACIÓN

1. Primer trimestre de 2019:
  - 1.1. Elaboración y consenso de la encuesta a realizar.
  - 1.2. Informar en las escuelas del objetivo del proyecto y forma de colaborar.
  - 1.3. Actividad escolar para el análisis del menú semanal con los alumnos: ¿qué he comido esta semana?
  - 1.4. Calculo de IMC y registro en DGP de OMI AP, a los participantes:
    - 1.4.1. Niños en la escuela llevar bascula y tallimetro
    - 1.4.2. Adultos en consulta
2. Segundo trimestre 2019: Realización de encuesta a alumnos y familiares >18 años
3. Segundo semestre de 2019:
  - 3.1 Análisis de los datos,
  - 3.2 Evaluación de indicadores, y
4. Diciembre de 2019: Memoria del proyecto

##### OBSERVACIONES

Según los resultados obtenidos se plantearían distintas intervenciones más adelante.

##### Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0258

### 1. TÍTULO

#### CREACIÓN DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EMMA ROMERO ARASANZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS  
GARCIA LOPEZ ANA MARIA  
BIDZINSKA ANNA IRENA  
BRITO EXPOSITO CARLOTA ADORACION  
MOHAMED LAROSSE MOULAY

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1º. Búsqueda de la página web para crear el blog: Wordpress.
  - 2º. En febrero se crea el blog: andorraconsalud.wordpress.com
  - 3º. Difusión entre los compañeros del centro para que se impliquen y puedan participar.
  - 4º. Creación de cuenta en Facebook: Salud Andorra, para difundir el blog.
  - 5º. Cuarenta y tres publicaciones en el blog: Presentación actividades comunitarias en el centro de salud de Andorra, "Mi peluche esta malito", Jornada de formación en activos en Salud a MIR de la unidad docente de Alcañiz, Formación en ATAO, calendario revisiones en pediatría, "taller para bebés", píldoras informativas: Golpe de calor, elaboración de un menú saludable, Talleres de alimentación, aprendiendo a salvar vidas, vivir con diabetes, diabetes y tratamiento farmacológico, compra inteligente, posparto, taller afectivo sexual en el Gloria Fuertes, Formación y docencia, XVII Jornadas de trabajo en calidad en salud celebrado en Teruel, día internacional de diabetes, vacunación antigripal, comité de ética asistencial, educación a grupos de personas con diabetes, el destino de Dialberto, Estrategia de atención comunitaria en Aragón, niños obesos hoy, enfermos del corazón mañana, cuidar la piel protección solar, alimentación saludable, III encuentro científico de MIR sector de Alcañiz, día mundial de la alimentación, la vuelta al cole.
  - 6º. Análisis de los datos de forma periódica para valorar evolución de los datos y repercusión de las publicaciones.
- Recursos necesarios:
1. Personal implicado en publicar en el blog.
  2. Material informático para acceder al blog.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde febrero que se creó (11 meses)

- 1º. Número total de VISITAS al blog: 11.453 visitas
- Promedio mensual: 1.041
- 2º. Número total de VISITANTES: 3.521
- Promedio mensual: 352
- 3º. Número de ENTRADAS PUBLICADAS: 43
- 4º. Número de TEMAS: 38
- 5º. ENLACES publicados: 17
- 6º. PAÍSES desde los que se ha visitado el blog: 42 en todo el mundo
- España 11.127 visitas
- América del sur: 138
- EEUU 91 visitas
- Europa, 11 países de Europa: 79
- Australia: 3
- Marruecos: 4
- China: 2 visitas
- Samoa: 2
- Moldavia: 2
- Sudafrica: 2
- Japón: 1 visita
- Canadá: 1 visita
- Taiwan: 1 visita

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La creación del blog es una herramienta de difusión e información con un potencial que desconocíamos.
- El proyecto es sostenible ya que no requiere mas que personas implicadas para hacer la publicación y actividades o informaciones para publicar. Es importante mantener el Feedback para animar a seguir publicando.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se han incorporado al grupo de trabajo para este proyecto, los MIR de medicina familiar y Comunitaria de nuestro centro de salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0258

### 1. TÍTULO

#### CREACIÓN DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/258 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0258

Título  
CREACION DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:  
ROMERO ARASANZ EMMA, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

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

PROBLEMA  
Las redes sociales son la clave para la difusión de eventos y la búsqueda de la participación, de la comunidad creando líneas de comunicación.  
La participación comunitaria necesita de redes que aúnen las acciones, con la sociedad, colectivos, grupos y entidades para conseguir sus objetivos de salud.  
Nuestro centro de salud tiene una oferta de actividades comunitarias, y consultas monográficas, que nos hemos visto en la necesidad de buscar una forma de difusión para llegar a más miembros de nuestra comunidad. Y también es una forma de dar visibilidad al trabajo que se está realizando, para que la sociedad vea otra forma de ganar salud.

RESULTADOS ESPERADOS  
Difundir las acciones comunitarias, formativas y servicios de nuestro centro de salud.  
Poner en valor las actividades que se realizan.  
Llegar a la comunidad y no sólo a los que acuden a nuestro centro.

MÉTODO  
1. Buscar un espacio/página gratuita, para publicar,  
2. Crear un blog: andorraconsaludword.press.com  
3. Ir creando entradas en relación a nuestras actividades.  
4. Evaluación del resultado.

INDICADORES  
1. Número total de usuarios que han visitado el blog desde su creación  
2. Número de usuarios que han visitado el blog de promedio/mes  
3. Número de entradas publicadas en el blog desde su creación.  
4. Número de temas desde su creación.

DURACIÓN  
La duración prevista es de un año en función de la sostenibilidad del Blog.  
1. Febrero 2019: creación del espacio blog en página gratuita  
2. A partir de marzo 2019: publicaciones y entradas, de eventos y actividades  
3. Diciembre 2019: evaluación de indicadores y resultados.

OBSERVACIONES  
Los indicadores se pueden exportar de la página del blog.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0329

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... TRINIDAD HERNANDEZ RODRIGUEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ANDORRA  
· Localidad ..... ANDORRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

VAQUE BIELSA MARIA PILAR  
ROMERO ARASANZ ENMA  
REPOLLES PERALTA PATRICIA  
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA  
GONZALEZ NIEBLAS JUAN ALBERTO  
PEÑA GALO EDGAR  
MOHAMED LAROSI MOULAY

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha programado la ecografía de martes a viernes desde las 8:00h a las 9:30H, en la agenda generada para ecoAP dentro de la consulta ordinaria de los profesionales sanitarios, realizándose un total de 290 ecografías .

Los profesionales sanitarios tras imprimir hoja de derivación de OMI recuerdan a los pacientes la recomendación de acudir en ayunas de 6-8h en el caso de ecografía abdominal y acudir sin orinar al menos 1h antes de la prueba ecográfica en la petición de ecografía de aparato urinario( se les facilita folleto informativo elaborado a los pacientes).También realizan ecografía clínica durante el acto médico y en la exploración del paciente precia generación e impresión de la solicitud y citación en agenda de ecografía( forzada) para poder anotar a los pacientes en la lista de pacientes del ecógrafo y enviar las imágenes a la HCE.

Desde el servicio de admisión se citaría al paciente en agenda generada, comunicándole día y hora en el caso de las ecografías programadas para otro día en agenda de 8:00 a 9:30h.

Tras realizar la prueba se le cita a su médico para informar al paciente de los resultados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de ecografías realizadas en agenda programada y en agenda de manera "forzada"durante la exploración clínica se ha podido obtener diagnósticos con mayor celeridad y derivar a los pacientes a las unidades pertinentes para su tratamiento. Estamos pendientes de obtener datos estadísticos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos encontrado las siguientes observaciones sobre las actividades a mejorar: dificultad de la realización completa de la ecografía en un paciente por atender a la vez urgencias de otros pacientes, dejando incompleta la exploración ecográfica. Dificultad de realizar mayor número de ecografías por la presión asistencial diaria (sobre todo en el periodo estival).Dificultad de completar informes ecográficos por falta de tiempo en la jornada ordinaria ; Por ello de momento estamos recogiendo información para obtener resultados estadísticos.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se está constituyendo un equipo de trabajo desde la propia Unidad Docente y desde el Equipo del propio Centro de Salud, sumando recursos humanos y estratégicos para continuar con la formación y con la adquisición de la habilidad en la técnica.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/329 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0329

Título  
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:  
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, ROMERO ARASANZ ENMA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, GONZALEZ NIEBLAS ALBERTO, PEÑA GALO EDGAR, MOHAMED LAROSI MOULAY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología .....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0329

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Otro Tipo Patología: patología abdominal y tiroidea  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En el año 2017 se dotó de ecógrafo al centro de salud de Andorra, dentro del programa de implementación de la ecografía establecido por el Salud en la comunidad autónoma. Durante este año se ha formado el personal en la realización de ecografías y ha comenzado la actividad a modo de pilotaje. Sin embargo, se hace necesario establecer una agenda de ecografías, y un circuito organizativo que no afecte el funcionamiento interno del equipo y los permisos oficiales de los profesionales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Implantar la consulta de ecografía en el centro de salud de Andorra con una agenda estable.  
Establecer las indicaciones de ecografía a realizar en nuestro centro.

#### MÉTODO

Se programa la ecografía de martes a viernes desde las 8:00h a las 9:30h, en la agenda generada para ecoAP dentro de la consulta ordinaria de los profesionales sanitarios.

Los profesionales sanitarios tras imprimir hoja de derivación de OMI recordarán a los pacientes la recomendación de acudir en ayunas de 6-8h en el caso de ecografía abdominal y acudir sin orinar al menos 1h antes de la prueba ecográfica en la petición de ecografía de aparato urinario. Se elaborará folleto informativo para los pacientes. Desde el servicio de admisión se citará al paciente en agenda generada, comunicándole día y hora. Así mismo se le citará a su médico en demanda no presencial tras conocer la cita y realizarle la prueba para informar al paciente de los resultados.

Se han establecido indicaciones de derivación:

- Indicaciones de la ecografía clínica hepática y de la vía biliar:
  - Alteración de las enzimas hepáticas.
  - Síndrome constitucional.
  - Seguimiento de lesiones benignas; quistes, hemangiomas...
  - Hepatomegalia.
  - Dolor en Hipocondrio Derecho.
  - Ictericia/ elevación de bilirrubina-fosfatasa alcalina.
  - Dolor en hipocondrio derecho con fiebre.
  
- Indicaciones de la ecografía clínica pancreática:
  - o Dolor epigástrico/dispepsia subaguda con síntomas de alarma: astenia, anorexia, pérdida de peso e irradiación a espalda.
  - o Dolor agudo epigástrico de rápida instauración y signos de gravedad: defensa peritoneal, fiebre, vómitos y taquicardia.
- Indicaciones de la ecografía clínica del sistema nefrourológico:
  - o Dolor cólico en fosa renal.
  - o Dolor en fosa renal y fiebre
  - o Síntomas de tracto urinario inferior en el hombre adulto.
  - o Hematuria.
  - o Alteración de la función renal.
- Indicaciones de la ecografía clínica del tiroides.:
  - Palpación de nódulo tiroideo.
  - Palpación de bocio.

#### INDICADORES

Número de pacientes explorados con ecografía/Nº total de días agendados  
Estudio de concordancia diagnóstica en las tres localizaciones entre la solicitud y las indicaciones de ecografía.  
Tiempo de espera desde citación hasta realización ecografía

#### DURACIÓN

De Enero a Marzo de 2019 ; Se genera la agenda, se decide horario de realización ecografía y se elabora folleto informativo para los pacientes. Se comunica circuito a los profesionales del Centro de salud.

De Marzo a noviembre de 2019: se realizan las ecografías

De Noviembre a enero 2020 evaluación estadística

#### OBSERVACIONES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0329

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0101

### 1. TÍTULO

#### SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA GIL MOLINOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CALACEITE  
· Localidad ..... CALACEITE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

GUILLEN MARIN JOSE MANUEL  
GINER SANCHO ANA LUISA  
FERRER SOROLLA DANIEL  
PEREZ OBON JOAQUIN  
MILLAN GINER CLEMENTE  
NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE  
BERNAD ARCUSA PEDRO IGNACIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han consistido en la realización de los talleres en los tres colegios que forman parte del CRA Matarranya.

La preparación del power point, se realizó en conjunto por todo el grupo de trabajo, abordando temas fundamentales de primeros auxilios: Maniobras de RCP, atragantamientos, quemaduras, curas de heridas y epistaxis.

Tras la solicitud al sector de los muñecos de RCP, se concertó cita con los colegios, y se avisó al alumnado de 1º, 2º y 3º de Educación Primaria que el día que les tocara la realización del taller acudieran al colegio con un muñeco, a ser posible blandito para poder maniobrar.

El contenido de los talleres ha variado según la edad de los alumnos:

-Alumnos de 1º, 2º y 3º de Primaria: Preguntas sobre las expectativas del taller y encuesta grupal de conocimientos previos. Breve explicación acerca de los primeros auxilios. Práctica de posturas de seguridad por grupos (sobre tatamis), práctica de RCP y maniobra de Heimlich con sus muñecos de peluche, turno de preguntas y experiencias personales. Al final, se repite el cuestionario grupal para valorar el aprendizaje.

-Alumnos de 4º, 5º y 6º de Primaria: Breve cuestionario sobre los conocimientos previos y las expectativas del taller. Explicación con el material de soporte power point sobre conceptos de primeros auxilios, lipotimias, maniobras de RCP, atragantamientos, curas de heridas y quemaduras, y epistaxis. A continuación, práctica sobre posturas de seguridad por parejas; y RCP y maniobra de Heimlich con los maniqués (por grupos y rotando en los tres muñecos); y por último, nociones sobre cuidados de heridas, quemaduras y epistaxis. Por último, turno de preguntas y experiencias personales, y repetición del cuestionario para valorar la adquisición de nuevos conocimientos. Se ha cumplido el calendario marcado, puesto que los talleres se han llevado a cabo en el trimestre en el que han tratado el proyecto de salud y cuerpo humano, siendo necesarias un total de 9 sesiones para tratar todos los contenidos.

Los recursos materiales aportados por nuestra parte han sido los muñecos prestados desde el sector, puesto que las instalaciones y el soporte informático nos lo han facilitado en cada colegio.

En la preparación del power point ha participado todo el equipo, y en la distribución de las consultas para que un médico y una enfermera hayan podido acudir a los colegios, se ha visto implicado también todo el equipo de trabajo.

No se ha utilizado ningún medio público de difusión antes de realizar la actividad, pero sí que se ha dado difusión por medio de las redes sociales del colegio, una vez realizada.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las encuestas de satisfacción han sido favorables en el 100% del alumnado, cumpliendo en todos los casos las expectativas que se tenían previstas.

En cuanto a conocimientos, ha habido una reducción considerable de los errores pre a los post taller.

Se ha observado también un mayor porcentaje de errores con los alumnos más jóvenes, frente a los alumnos de 4º a 6º.

-Resultados de evaluación anterior al taller:

Solo un 28% de errores en los alumnos de 4º a 6º, frente a un 54% de errores en los alumnos de 1º a 3º, casi el doble.

-Resultados de evaluación posterior al taller:

98% de aciertos en los alumnos de 4º a 6º, y 80% en los alumnos de 1º a 3º.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Puesto que el indicador a evaluar era el resultado favorable de la encuesta de satisfacción, ha quedado claro que el alumnado está interesado en la actividad.

No ha quedado pendiente ningún aspecto de los que estaban previstos.

Vista la aceptación tanto por parte del alumnado como del profesorado del centro, creemos pertinente continuar con esta actividad en los próximos cursos, quedando a disposición del Colegio para aceptar nuevas sugerencias.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0101

### 1. TÍTULO

#### SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/101 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0101

Título  
SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

Autores:  
GIL MOLINOS MARTA, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, GINER SANCHO ANA LUISA, MUÑIZ VEGA MARIA MERCEDES, PEREZ OBON JOAQUIN, MILLAN GINER CLEMENTE, BERNAD ARCUSA PEDRO IGNACIO, NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

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

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

PROBLEMA  
El proyecto está destinado a todos los alumnos de Educación Primaria, por ser quienes cursan la asignatura de Ciencias Naturales.

RESULTADOS ESPERADOS  
Adiestrar a la población infantil para que sean capaces de reaccionar correctamente ante una situación de emergencia vital (parada cardiorrespiratoria, atragantamientos, ahogamientos, quemaduras o accidentes). Complementar la enseñanza, en lo que a materia de salud se refiere, impartida por el profesorado en sus clases (hábitos saludables e higiene).

MÉTODO  
Las actividades a realizar son, en un primer lugar, la elaboración de material de soporte para la clase (power point), solicitar muñecos de RCP al sector, y por último concretar fecha con los colegios para la realización de la actividad.  
En segundo lugar, la realización de las clases o talleres, adaptando su contenido a la edad de los alumnos:  
- Alumnos de 1º a 3º: Breve explicación de en qué consisten los primeros auxilios que van a practicar ellos mismos con muñecos o peluches que habrán traído de sus casas. Práctica de posturas de seguridad (por grupos), práctica de RCP y maniobra de Heimlich (a sus propios muñecos); y turno de preguntas sobre dudas que puedan tener ante cualquier tipo de actuación en una urgencia, y explicación de experiencias personales.  
- Alumnos de 4º a 6º: Explicación con el material de soporte, práctica sobre posturas de seguridad (por grupos), práctica de RCP en muñecos (por grupos y rotando por los tres maniquís), práctica de maniobra de Heimlich con el maniquí grande, nociones sobre actuación en heridas y curas, y turno de preguntas y participación del alumnado en dudas que les hayan podido surgir.  
Y en tercer lugar, y por último, realización de una breve encuesta de satisfacción a los alumnos adaptada a su edad.  
Se les pasará un cuestionario sobre conocimientos previos antes de empezar la actividad, y el mismo cuestionario al finalizar.

INDICADORES  
En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta el resultado de las encuestas de satisfacción, puesto que es la forma de ver el interés del alumnado en la actividad que están realizando y de ahí pueden salir posibles modificaciones para los próximos cursos; ya que es una actividad a la que se pretende dar continuidad en el tiempo.

DURACIÓN  
La fecha de inicio del proyecto es el momento de su elaboración (Enero 2019) y no está prevista su fecha de finalización porque si resulta una actividad con éxito se seguirá realizando para los próximos cursos.  
Elaboración de material de soporte: Actividad realizada por todos los componentes del grupo de trabajo a partir de Enero, en horario de reuniones de EAP.  
Solicitud de muñecos al sector durante el mes de Septiembre, para poder disponer de ellos durante el 1er trimestre lectivo, que es cuando están trabajando el bloque de la salud.  
Desarrollo de los talleres en las distintas aulas, empleando una clase de Ciencias Naturales por cada grupo (aproximadamente 60 minutos de duración), y dependiendo de la disponibilidad de los muñecos.  
El número de sesiones a realizar, oscilará entre 9 y 12 en total, dependiendo del número de alumnos y de la organización de las clases en los distintos colegios del CRA. Por ello, si solamente tienen dos clases de Ciencias Naturales por semana, la actividad se irá desarrollando durante todo un mes; ya que los maniqués y

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0101

### 1. TÍTULO

#### SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

el material de soporte es el mismo para todos los grupos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0164

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBA SIMON MELCHOR  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CALACEITE  
· Localidad ..... CALACEITE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ORTIGA ZARAZAGA NADIA  
FERRER SOROLLA DANIEL  
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL  
SOLANO CASTAN JAVIER  
JIMENEZ SESMA MARIA LUISA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se lleva realizando desde febrero hasta diciembre de 2019.

Para el cumplimiento de los resultados se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca del impacto del ejercicio físico en personas que padecen Diabetes Mellitus tipo II: febrero-marzo de 2019.
- Se elaboraron carteles informativos en color del proyecto y se presentaron a los compañeros del equipo del Centro de Salud de Calaceite: marzo-abril de 2019.
- Hemos expuesto los carteles diseñados en el tablón de anuncios del Centro para informar y fomentar estilos de vida saludables: mayo de 2019.
- Se han diseñado rutas por entornos naturales del municipio: mayo-junio de 2019.
- Hemos contactado con los potenciales participantes por teléfono, explicándoles la finalidad del proyecto y solicitándoles su consentimiento informado: junio de 2019.
- Se hizo entrega a los participantes de una encuesta sobre estilos de vida: junio de 2019.
- Durante septiembre y octubre de 2019 se han realizado las siguientes actividades: toma de constantes y estiramientos previos, paseos de 60 minutos, técnicas de relajación de Jacobson, estiramientos y toma de constantes posterior: glucemia, tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno.
- Tras la finalización de la actividad hemos recogido de nuevo la encuesta de estilos de vida y hemos hecho entrega de un cuestionario de satisfacción: octubre de 2019.
- Tras la finalización de los meses de paseos, hemos analizado los resultados y planteado medidas de mejora en aquellos indicadores susceptibles: noviembre-diciembre de 2019.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: 12 pacientes diabéticos que realizan la actividad/ 25 pacientes diabéticos seleccionados\*100. Conseguido 48%.
- INDICADOR 2: 12 de pacientes diabéticos que realizan la actividad/ 12 encuestas cumplimentadas sobre estilos de vida saludables al comenzar la actividad\*100. Conseguido 100%.
- INDICADOR 3: 10 encuestas sobre estilos de vida saludables al finalizar la actividad/12 pacientes diabéticos que realizan la actividad\*100. Conseguido 83,3%.
- INDICADOR 4: 10 cuestionarios cumplimentados de satisfacción al finalizar la actividad/ 12 pacientes diabéticos que realizan la actividad \*100. Conseguido 83,3%.
- INDICADOR 5: 10 pacientes diabéticos que continúan con la actividad al finalizar el año/ 12 pacientes diabéticos que comienzan la actividad\*100. Conseguido 83,3%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado obtenido en el indicador número 1 ha sido del 48%, muy por debajo del estándar deseado, por lo que la participación ha sido menor de la esperada. Sería aconsejable volver a contactar con aquellos pacientes que no han participado para poder conocer sus necesidades reales y poder realizar una nueva intervención acorde a sus necesidades.

El resto de indicadores reflejan que se ha perdido el seguimiento de 2 participantes durante el desarrollo del proyecto. Como propuesta de mejora se debería contactar con ambos participantes y proponerles nuevas fechas y horarios para su inclusión.

Los resultados de la medición de las constantes vitales han evidenciado una clara mejoría en el 80% de los pacientes tras la realización del ejercicio, destacando una disminución en la glucemia y un aumento en la saturación de oxígeno.

#### 7. OBSERVACIONES.

Podemos concluir que sería aconsejable seguir realizando periódicamente esta actividad en aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse de ella.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/164 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0164

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0164

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:  
SIMON MELCHOR ALBA, ORTIGA ZARAZAGA NADIA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, SOLANO CASTAN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo II (DM II) es una patología metabólica, se caracteriza por tener los niveles de glucosa elevados en sangre de forma persistente, además tiene una elevada morbimortalidad asociada. La DM II es una enfermedad crónica y se ha convertido en la gran amenaza del siglo XXI, incluso afecta a tantas personas que, en algunos países, está ya cerca de la pandemia. Cada año aumenta considerablemente el número de personas que padecen DM II en la comunidad de Aragón, una tendencia que según todos los expertos no está previsto que se detenga. En 2017 afectaba a unos 120.000 aragoneses y se prevé que en 2030 esta cifra pueda superar los 220.000, es decir pueda llegar a afectar al 17% del total de la población aragonesa. Según el cuadro de mandos de la Diabetes, en nuestro Sector Alcañiz hay 5.353 pacientes diagnosticados de DM II con una prevalencia del 7,73% y en el Centro de Salud de Calaceite hay 221 pacientes diagnosticados con una prevalencia del 9,24%. En la mayoría de los casos los principales factores de riesgo de DM II son el sedentarismo y una alimentación incorrecta. El sedentarismo se define como aquellas actividades asociadas a un gasto energético menor de 1,5 METS (MET= Equivalente Metabólico Basal) e incluye actividades como estar sentado, ver la televisión, conducir etc... Para combatir el sedentarismo se recomiendan de 45-60 minutos de ejercicio como paseos, natación, bicicleta etc... durante al menos 5 días por semana. Tras analizar estos datos, nos parece un proyecto pertinente debido al aumento de la prevalencia de la DM en nuestro sector.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la motivación acerca de la realización ejercicio físico, de los pacientes con DM II del Centro de Salud de Calaceite.
- Informar y sensibilizar a los ciudadanos acerca de la importancia de la DM II sobre la salud.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Mejorar la calidad de vida y aumentar el empoderamiento de los pacientes en el control de su enfermedad.
- Reducir el nivel de estrés mediante el fomento del ejercicio físico, el ejercicio en la naturaleza además incrementará el beneficio conseguido.
- Garantizar la continuidad del proyecto y aplicar mejoras futuras.

#### MÉTODO

Se realizarán paseos de marcha leve o moderada, según la condición física de los participantes, por los alrededores de la población de Calaceite. Antes y después de los paseos se programarán series de estiramientos y al finalizar se realizarán 20 minutos de ejercicios de relajación. La actividad se llevará a cabo los viernes a las 18:00 horas y tendrá una duración de 60 minutos.

#### INDICADORES

- N° de pacientes seleccionados para realizar la actividad/ N° de pacientes que realizan la actividad\*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre hábitos sedentarios al comenzar la actividad\*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre hábitos sedentarios al finalizar la actividad\*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre motivación, satisfacción y sugerencias de los pacientes a los dos meses de finalizar la actividad \*100.
- N° de pacientes que continúan con la actividad al finalizar el año/N° de pacientes que comienzan la actividad\*100.

#### DURACIÓN

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0164

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

El proyecto se desarrollará desde enero hasta diciembre de 2019. Comenzará en mayo coincidiendo con la primavera y la llegada del buen tiempo para facilitar los paseos.

A pesar de la estimación de estas fechas, la pretensión es que sea un proyecto que se continúe realizando a largo plazo e incluso se pueda ampliar y promover en otros Centros de Atención Primaria.

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: enero-febrero de 2019.
- Diseño de carteles informativos: marzo de 2019.
- Difusión de los carteles informativos: marzo de 2019.
- Selección de los participantes y diseño de los paseos de marcha: abril de 2019.
- Jornada de presentación del proyecto "Actívate" a los profesionales del Centro de Salud: abril de 2019.
- Medición de constantes vitales (TA, FC y SatO2) al comenzar los paseos: mayo-octubre de 2019.
- Medición de constantes vitales al finalizar los paseos: mayo-octubre de 2019.
- Realización de los paseos, estiramientos y relajación: mayo-octubre de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas sobre hábitos sedentarios al comenzar y finalizar la actividad: mayo-octubre de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas sobre motivación, satisfacción y sugerencias de los pacientes a los dos meses de finalizar la actividad: diciembre de 2019.
- Análisis de los resultados y planteamiento de acciones correctivas: diciembre de 2019.

#### OBSERVACIONES

El proyecto es susceptible de modificaciones según la disponibilidad de los profesionales y de los pacientes participantes.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROSA COSTA MONTAÑES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CALANDA  
· Localidad ..... CALANDA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

SUSO FERNANDEZ MARTA  
DELGADO MONJE ANGELA  
TORO SEGOVIA MARITZA  
BUIL TEJERO BEATRIZ  
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES  
LLORCA CAMARASA MIGUEL  
GAUTIER ALFARO YOLANDA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### A) COMO EQUIPO

1.- el primer semestre, la matrona inician talleres de crianza, tenemos varias reuniones para hacer una distribución de los temas a tratar, así como de los horarios, para no tratar los mismos temas ni tampoco coincidir en horarios .

2.- se ha terminado de elaborar la guía de alimentación complementaria hasta los 12 meses, siguiendo las pautas y recomendaciones de la AEP ( Asociación Española de Pediatría) y también en acuerdo con otros Centros de Salud del Sector, para dar todos las mismas pautas.

##### B) CON LAS MADRES Y FAMILIAS

1 -Como apoyo e intervención en lactancia materna:

a- pediatría participa en la última clase de preparación al parto. Para conocer a los futuros padres e insistir en la importancia de acudir a consulta de pediatría, a las 48 horas del alta hospitalaria.  
b- primera consulta a las 48 horas del alta hospitalaria, entrevista con los padres, observar la toma, peso del bebe y sobretodo apoyo, tranquilidad y confianza para acudir a nosotros ante cualquier duda.

2 -Para fomentar una crianza sana y respetuosa, se comienza los cursos de masaje infantil, abiertos a todas las familias, independientemente del tipo de crianza que elijan.

Son 5 sesiones, una a la semana de 1,15 minutos de duración aproximadamente, en cada sesión se enseñan movimientos para hacer masaje en las distintas partes del cuerpo del bebe, se tratan temas de la importancia del tacto nutritivo, del apego, los estados de comportamiento del bebe, el respeto y la ternura, el empoderamiento de la familia, y también un tema relacionado con hábitos sanos en la familia, como alimentación complementaria, necesidad de vacunar, prevención de accidentes, cepillado de dientes, cuidado de la piel, y los diferentes temas que surjan de debate en el grupo, y de interés para las madres.

3 - Para informar a las familias seguimos con nuestra página de facebook, ampliada este año a Centro de Salud de Cantavieja, y se ha creado un bloj recientemente.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### 1- EN LACTANCIA:

En el año 2019, han nacido en Calanda 38 niños, las cifras de lactancia materna son:

niños de 7 a 12 meses, tenemos 15, de los cuales 12 siguen todavía con lactancia materna. Esos 12 tuvieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

Niños de 6 meses, tenemos 5, 3 tienen lactancia exclusiva.

Niños de 4 meses, tenemos 7, 5 con lactancia exclusiva, 1 con lactancia mixta y 1 con lactancia artificial ( como dato importante, nació en hospital privado y tardó 15 días a tener cita en nuestra consulta)

niños de 2 meses, tenemos 6, 4 con lactancia exclusiva, 1 mixta y 1 artificial( también cabe reseñar que comenzó con lactancia materna madre tuvo problemas en el post parto y la niniña engordaba muy poco, aúna sí, durante el primer mes, fue mixta)

niños de 1 mes, tenemos 5, 3 con lactancia exclusiva y 2 con mixta.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

De los niños que nacieron en 2018, un total de 30 actualmente en nuestro cupo 11 siguen con lactancia materna, y 7 de esos niños son mayores de 18 meses.

#### 2- EN LAS SESIONES DE MASAJE INFANTIL:

Un total de 20 bebés con sus madres han acudido a las sesiones de masaje infantil, solo 10 familias han acudido al curso completo de las 5 sesiones, el resto de familia acudía de forma intermitente.

#### 3,- EN REDES :

Nuestra página de facebook tenemos mas de 400 seguidores, sirve como medio para informar a los padres de novedades, horarios de consulta, cambios etc y también es un canal abierto para preguntas.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A- la lactancia materna se afianza en el primer mes de vida del bebé, el apoyo a la madre, la facilidad para acudir a nosotras cuando lo necesite y la posibilidad de controlar el peso del niño en consulta cada 2 días si es necesario, da tranquilidad a la madre y le quita la presión del entorno, lo que favorece afianzar la lactancia, y lactancias que comienzan siendo mixtas acaban en exclusiva. Estamos muy satisfechas de nuestras cifras de lactancia materna al año y a los dos años, además de los objetivos del proyecto.

B.- respecto a las sesiones de masaje infantil, han sido muy gratificantes, el primer grupo comenzó con bebés de 6 meses, pero a las madres les resulta difícil acudir por temas laborales, los siguientes comenzaron a las 4/6 semanas aprovechando así la baja maternal. Resulta complicado que puedan acudir a todas las sesiones y seguir un programa tan estructurado, por lo que se va a elaborar un nuevo proyecto en colaboración con la matrona, para realizar talleres de crianza conjuntos, pero de forma continuada todas las semanas, una semana dará el taller la matrona y otra la enfermera de pediatría.

c- respecto a las hojas de satisfacción, resulta difícil pasarlas en cada sesión, y también que recuerden traerlas si se las llevan a casa, si les hice un tipo de encuesta final de las 5 sesiones que no todas respondieron. Los que mas les gusto:

conocer a otras madres y poder compartir experiencias  
aprender técnicas para relajar al bebé y relajarse ellas  
la importancia del contacto y las caricias en los bebés  
el ambiente y el lugar donde se realizaba el curso

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1388 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1388

Título  
PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

Autores:  
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, SUSO FERNANDEZ MARTA, PIQUER GOMEZ ANA, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Niño sano  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma  
Según informes recientes existen patologías prevalentes y no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2 y la fractura de cadera por osteoporosis que generan un gran gasto sanitario. Gasto que podría verse reducido en más de un 50% si desaparecieran los factores de riesgo modificables en cada caso. Creemos que para mejorar o corregir estos factores de riesgo lo mejor es comenzar desde la base educando en salud desde el inicio de la vida y junto con esto hacer acciones dirigidas a los padres, familia y comunidad. Para ello queremos realizar un proyecto secuencial que comience con la promoción para la salud desde el nacimiento (incluso embarazo) y vaya creciendo con los niños.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Crear un blog del servicio de pediatría y página en redes sociales con información de hábitos saludables, de las actividades que se realicen como punto de apoyo en el contacto con los padres para intentar evitar el problema de la dispersión geográfica.  
Concienciar a los pacientes de la importancia de la alimentación, la prevención de accidentes y la higiene entre otras desde el inicio de la vida para fomentar una vida sana  
Mejorar los conocimientos de los padres (desde el embarazo) y más adelante de los niños en hábitos saludables.  
Promocionar la lactancia materna y una correcta introducción de la alimentación complementaria favoreciendo una alimentación variada y saludable.

#### MÉTODO

Actividades del personal

Reuniones con el equipo para valorar los contenidos mas necesarios en el blog y las redes sociales y creación de los mismos.  
Formación del personal de pediatría en Lactancia materna.  
Reuniones con la matrona para captación de embarazadas en 3º trimestre y consensuar una formación similar en ambas consultas.  
Creación de una guía de introducción de alimentación complementaria.  
Captación de pacientes en primera visita del recién nacido a la consulta de pediatría.  
Realizar sesiones con el resto de equipo de los centro de salud sobre lactancia materna y promoción de la misma

Actividades con las madres

Difundir el blog y la página en redes sociales entre las madres para que puedan contactar con nuestro servicio y estén al tanto de las actividades desarrolladas.  
Educación grupal en talleres con madres para promoción de lactancia materna, prevención de accidentes, cuidados habituales en la infancia y alimentación entre otros.  
Asesoramiento en la consulta de manera individual según necesidades.

#### INDICADORES

Valoración de la lactancia materna exclusiva a los 0-2-4-6 meses de edad  
Participación en talleres grupales  
Encuesta de satisfacción e interés en hábitos saludables al inicio, a los 6 meses y al año.  
Guía de alimentación complementaria redactada antes de Enero 2019  
Seguimiento del blog y las redes sociales e interacción a través de ellas.

#### DURACIÓN

Formación en lactancia materna del personal en junio 2018  
Captación de pacientes nacidos a partir de Junio de 2018  
Inicio de los talleres de promoción de la lactancia materna y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Julio de 2018  
Inicio de los talleres de promoción de alimentación complementaria y nutrición y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Enero de 2019  
Reuniones de equipo para redacción de la guía de alimentación complementaria de en segundo semestre de 2018  
Sesiones en los centros de salud sobre lactancia materna en segundo semestre 2018.  
Reuniones equipo y creación del blog y página en redes sociales en tercer trimestre de 2018

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388**

**1. TÍTULO**

**PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES**

OBSERVACIONES

Es un proyecto a largo plazo. Cada año iremos ampliando la edad de la población diana con nuevos talleres y proyectos manteniendo los realizados hasta el momento.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0515

### 1. TÍTULO

#### DETECCIÓN OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR ASINTOMÁTICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... DANIEL JUNCOSA OLIVERA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALANDA  
· Localidad ..... CALANDA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO  
BARDAJI RUIZ BEATRIZ  
MARCELIN JEAN ELIE  
COSTA MONTAÑES ROSA  
BLASCO LABANDA AURORA  
FERRANDO AZNAR CLARA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo de actuación tanto por parte de enfermería como por medicina para el diagnóstico oportunista de fibrilación auricular en consulta y su manejo por parte del médico de cabecera para evitar derivaciones innecesarias al servicio de urgencias hospitalarias. Este protocolo se puso en común con todo el equipo a través de una sesión clínica para explicar el procedimiento a seguir.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sólo se ha podido seguir el protocolo en una paciente, realizando todo el manejo desde atención primaria. Se da la circunstancia que se han detectado más fibrilaciones auriculares pero al ser sintomáticas han sido derivadas al hospital y no han entrado en el proyecto.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha podido realizar el seguimiento según todos los estándares del proyecto en solamente una paciente. Esto se debe por una parte a que muchos de los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular presentan síntomas y por lo tanto no son candidatos a ser incluidos y por otro lado a que ha habido un cambio de toda la plantilla médica del centro de salud durante el año. Esto ha impedido realizar la continuidad del proyecto durante todo el año, ya que todos los médicos que iniciaron el proyecto han abandonado el centro por traslados, oposiciones, etc.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/515 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0515

Título  
DETECCION OPORTUNISTA DE FIBRILACION AURICULAR ASINTOMATICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:  
JUNCOSA OLIVERA DANIEL, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, MARCELIN JEAN ELIE, COSTA MONTAÑES ROSA, BLASCO LABANDA AURORA, FERRANDO AZNAR CLARA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

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  
La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente en nuestro medio. En muchas ocasiones cursa de forma asintomática, aumentando el riesgo de eventos cardioembólicos. En caso de detección de fibrilación auricular asintomática, la mayoría de los pacientes son derivados al servicio de Urgencias hospitalarias para iniciar tratamiento anticoagulante debido a que no existe ningún protocolo de actuación frente a un hallazgo



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0515

### 1. TÍTULO

#### DETECCIÓN OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR ASINTOMÁTICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD

casual de fibrilación auricular en consultas de Atención Primaria.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Detección oportunista de FA asintomática en consultas de medicina/enfermería mediante palpación de pulso radial y/o auscultación en todo paciente que precisa toma de tensión arterial.  
Establecer una pauta de actuación para que a todo paciente con pulso arritmico no conocido previamente y asintomático se le realice electrocardiograma y sea valorado por su MAP en el mismo día.  
Establecer una guía de inicio de tratamiento anticoagulante, en coordinación con el servicio de Hematología, para el manejo inicial del mismo y evitar de esta manera acudir al servicio de Urgencias.

##### MÉTODO

Elaboración de una guía de actuación en coordinación con los servicios de Hematología y Cardiología del Hospital de Alcañiz.  
Formación del personal sanitario del centro de salud para la aplicación de la vía de actuación.  
Evaluación de resultados

##### INDICADORES

Incidencia de FA asintomática detectada en el centro de salud a lo largo del año.  
Porcentaje de pacientes que han iniciado tratamiento anticoagulante desde Atención Primaria y no han precisado acudir a Urgencias

##### DURACIÓN

Creación de grupo de trabajo medicina/enfermería para la elaboración de la guía de actuación: Marzo-Abril 2019  
Formación del personal del centro de salud: Mayo 2019  
Comienzo de aplicación de guía de actuación: Junio 2019  
Evaluación de resultados : Diciembre 2019

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BARDAJI RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALANDA  
· Localidad ..... CALANDA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LACARTA GARCIA PEDRO  
SOLANO SANCHEZ MARINA  
MARCEN ECHANDI BEATRIZ  
MARTINEZ CRESPO ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se contacta con el Servicio de Digestivo para establecer una estrategia común, que comience en Atención Primaria y acabe en Digestivo. Tras una reunión en Hospital de Alcañiz se establece la forma de derivación de los pacientes una vez hecho el cribado y con resultado positivo, o sea, con Diagnóstico de hepatitis C.
- Se realiza un power point explicativo sobre como hacer el cribado del VHC, a quién hacérselo, cómo registrarlo en OMI y que pasos hay que seguir en dependencia de los resultados.
- Se realizan sesiones clínicas en todos los centros de salud del Sector de Alcañiz, para explicar la forma de hacer el cribado. Tras la sesión clínica se deja, a todos los sanitarios, un pdf con la información más importante de la sesión, para que sea muy visual y rápida su comprensión en caso de dudas.
- Se dejan trípticos y posters en todos los centros de Salud para información de la población sobre las formas de contagio del VHC.

Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:

- ? 13 de junio de 2019, de 14.00 a 15.00h: CS MUNIESA con 6 asistentes
  - ? 19 de junio de 2019, en jornada de 8.00 a 9.00h : CS CALACEITE con 7 asistentes
  - ? 19 de junio de 2019, en jornada de 14-00 a 15.00: CS VALDERROBRES con 13 asistentes
  - ? 30 de julio de 2019, de 13.30 a 14.30h: CS ALCORISA con 10 asistentes
  - ? 7 de agosto de 2019, de 8.00 a 9.00h: CS MAELLA con 6 asistentes
  - ? 2 de septiembre de 2019, de 8.00 a 9.00h CS CALANDA con 8 asistentes
  - ? 9 de septiembre de 2019 de 8.00 a 9.00h: CS HIJAR con 14 asistentes
  - ? 16 de septiembre de 2019 de 8.00 a 9.00h: CS CASPE con 14 asistentes
  - ? 17 de septiembre de 2019: CS ALCAÑIZ con 7 asistentes
  - ? 18 de septiembre de 2019: CS ANDORRA con 13 asistentes
  - ? 30 de septiembre de 2019: CS MAS DE LAS MATAS con 8 asistentes
  - ? 30 de septiembre de 2019: CS CANTAVIEJA se manda por email toda la información al coordinador médico para que la envíe a todo el personal del EAP.
- En total se da la sesión clínica a 106 sanitarios.
- Se elabora una ruta asistencial del cribado del VHC, incluida en la intranet del Sector de Alcañiz.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### A. Valoración de las sesiones

Se entrega encuesta de satisfacción tras las sesiones, con escala del 1 al 5, con los siguientes resultados:

1. Duración actividad: 99% puntúan con un 4/5
2. Expectativas cubiertas: 99% puntúan con 4/5
3. Utilidad: 99% puntúan con 4/5
4. Material del curso: 98% puntúan con 4/5
5. Formador: 99% puntúan con 4/5
6. Valoración del curso en general: 99% puntúan con 4/5

##### B. Evaluación de Indicadores

? Cribado : 144 peticiones de cribado de hepatitis C en el sector desde la intervención, el 82% de las cuales se han solicitado desde 2 centros de salud del sector (Calaceite 2,26% de la población y Calanda 1,47% de la población). Al comparar las peticiones de serología de hepatitis C de 2018 con 2019 hemos obtenido un incremento de peticiones en 2019 de 279, es decir, que si descontáramos las 144 peticiones de cribado conocidas, habríamos tenido 135 peticiones más que el año anterior, por lo que consideramos que muchas de éstas han debido ser solicitadas con fines de cribado, aunque sin identificar adecuadamente que son de cribado en el volante. En cualquier caso, destaca el hecho de que, de los tres centros grandes del sector solo se han solicitado 5 peticiones de cribado. Si todos los centros hubieran solicitado la serología a un 1% de la población (tomando como referencia los dos centros mencionados) se hubiera esperado unas 700 serologías en el sector.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

- ? % de personas que han sido diagnosticadas de VHC: desde Junio de 2019 se han encontrado 9 personas VHC positivas por el cribado desde AP; de estos positivos:
- 44% fueron genotipo 1b
  - 22% genotipo 1a y 4
  - 11% genotipo 2
  - Solo uno de los pacientes procedientes de AP tenía fibrosis significativa =F2
- ? % de antivirales utilizados en el tratamiento:
- 78% Epclusa®: sofosbuvir/velpatasvir
  - 22% Maviret®: glecaprevir/pibrentasvir.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de los buenos datos de satisfacción de los asistentes a las sesiones los resultados son muy mejorables. En algunos centros el % de profesionales que asistió a la sesión fue muy bajo. Un editorial reciente de la revista BMJ Quality and Safety describe que la formación por sí sola, como estrategia de mejora, tiene un valor limitado. Para ser efectiva tiene que ser combinada con otro tipo de estrategias como recordatorios electrónicos, audit y feedback, políticas... algo que no ha sido posible (por ejemplo, el formulario electrónico de hepatitis C no salta ante diagnósticos de riesgo sino que hay que activarlo deliberadamente). Recomendamos continuar la intervención con el liderazgo de la dirección, mostrando periódicamente indicadores del número de cribados por centro, y estableciendo objetivos individualizados a los centros dentro de los acuerdos de gestión, que son las únicas estrategias descritas en el mencionado artículo que pueden desarrollarse inmediatamente en nuestro sector.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/774 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0774

Título  
IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:  
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

#### 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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La hepatitis C es prevalente en todo el mundo. Se estima que hay 71 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C.

Las regiones de la OMS más afectadas son las del Mediterráneo Oriental y Europa, con una prevalencia del 2,3% y 1,5% respectivamente. La prevalencia de la infección por VHC en otras regiones de la OMS oscila entre el 0,5% y el 1,0%. En función del país, la infección por el virus de la hepatitis C puede concentrarse en algunas poblaciones (por ejemplo, entre los consumidores de drogas inyectables), y/o en la población en general. Existen numerosas cepas (o genotipos) del VHC, cuya distribución es variable según la región.

- El virus de la hepatitis C se transmite a través de la sangre, y la mayoría de las infecciones se producen por exposición a pequeñas cantidades de sangre a través del consumo de drogas inyectables, de prácticas de inyección o de atención sanitaria poco seguras y de la transfusión de sangre y productos sanguíneos sin analizar.

- Un número considerable de esas personas con infección crónica desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado.

- Cada año mueren unas 399 000 personas debido a la hepatitis C, sobre

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

todo por cirrosis y carcinoma hepatocelular.

- Los antivirales de acción directa pueden curar más del 95% de los casos de infección por el virus de la hepatitis C, lo que reduce el riesgo de muerte por cáncer de hígado y cirrosis. Sin embargo, hasta ahora no se han podido tratar adecuadamente a los pacientes ya diagnosticados ni se ha incidido en el afloramiento de casos existentes.
- En la actualidad no existe ninguna vacuna contra la hepatitis C, pero la investigación en esa esfera continúa.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir el riesgo de infección de VHC con educación a la comunidad sobre los mecanismos de transmisión mediante carteles, folletos

2. Captación oportunista de los pacientes en consulta de médica o de enfermería con el cribado de personas de riesgo.

3. Diseño e implementación del circuito de derivación de los pacientes con infección por VHC planteado por el Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en la Comunidad Autónoma de Aragón adaptado a la idiosincrasia del Sector de Alcañiz.

El diagnóstico precoz puede prevenir problemas de salud derivados de la infección, y también la transmisión del virus.

Según el proyecto estratégico de manejo y control de la hepatitis C en Aragón, se establecen unos criterios de cribado para personas de riesgo, que son:

- Antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados antes de 1990
- Antecedentes de procedimientos invasivos, cirugía o intervenciones odontológicas antes de 1980
- Antecedentes de hemodiálisis crónica
- Antecedentes de inyección o inhalación de drogas compartiendo jeringuillas u otros materiales, incluso solo una vez
- Antecedentes de internamiento en instituciones penitenciarias
- Personas infectadas por el VIH o VHB
- Exposición accidental reconocida con material biológico posiblemente infectado
- Antecedentes de tatuajes, piercings, o procedimientos con instrumental punzante (manicura, pedicura, acupuntura, micropigmentación..) realizados sin las debidas precauciones sanitarias
- Niños nacidos de madres infectadas por el VHC a partir de los 18 meses
- Convivientes o parejas sexuales de personas infectadas por el VHC
- Hombres que tienen relaciones sexuales de riesgo con hombres
- Trabajadores sexuales

Se quiere conseguir:

1. Estandarización y simplificación del método diagnóstico del VHC
2. Circuito de derivación para pacientes con diagnóstico de VHC
3. Garantizar el acceso al tratamiento más eficiente de los pacientes con VHC en Sector Alcañiz

#### MÉTODO

1. Realizar sesiones clínicas en todos los centros de salud del sector Alcañiz, con power point, explicando la estrategia, cómo hacer el cribado y a quién e informar de cómo incluirlo en OMI con el protocolo de hepatitis C

2. Contactar con el servicio de digestivo para tener una estrategia común para todos los centros de salud tras la detección de hepatitis C: Qué hacer y qué pruebas solicitar

3. Solicitar al Gobierno de Aragón cartelería y folletos informativos para la educación sanitaria y prevención de la población

#### INDICADORES

1. Número de cribados realizados
2. % de personas que han sido diagnosticadas de VHC
3. % pacientes con VHC tratadas con antivirales
4. % de pacientes con diagnóstico de Hepatitis C al que se ha realizado elastografía hepática (Fibroscan)

#### DURACIÓN

Se realizará durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2019, acudiendo a cada centro de salud para implantar el proyecto y el protocolo a seguir

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0590

### 1. TÍTULO

#### RCP BÁSICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUCIA DEL PILAR MENDAÑA PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CANTAVIEJA  
· Localidad ..... CANTAVIEJA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARCO LOSTAL CARMEN  
JARQUE MATEO AMPARO  
EDO MALLÉN JOSE MANUEL  
PAULO FUERTES ROSARIO  
MONFORT GASCON NOELIA  
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL PROYECTO ESTA DESTINADO A TODA LA POBLACION QUE DESEEN PARA ESTAR CAPACITADOS ANTE CASOS DE PARADA CARDIORESPIRATORIA. PENSAMOS QUE ES IMPORTANTE LA REALIZACION DE ESTE TALLER PARA ENSEÑAR A LA POBLACION A COMO ACTUAR ANTE UNA PCR, PUESTO A QUE EL PAC DE VILLARLUENGO ESTA AMAS DE 30 MINUTOS DEL CS DE CANTAVIEJA Y EL MEDICO DE LA PLAZA COMO EL MAC QUE LO ATIENDE EN HORAS DE ATENCION CONTINUADA SE ENCUENTRE EN OTRA LOCALIDAD DEL MISMO PASANDO CONSULTA O ATENDIENDO UNA URGENCIA O ESTAR INCOMUNICADOS POR LA NIEVE RETRASANDO LA LLEGADA DEL SANITARIO AL LUGAR DONDE SE HA PRODUCIDO LA PCR. LA UVI MOVIL MAS CERCANA DSE ENCUENTRA UNA HORA Y MEDIA DE TIEMPO Y A UNA DISTANCIA DE 85 KM. SE REALIZA EL PROYECTO EN LA POBLACION DE VILLARLUENGO ( PERTENECIENTE AL C.S DE CANTAVIEJA, CON LA POBLACION QUE DESEO ACUDIR A APRENDER COMO REALIZAR UNA RCP BASICA. APROVECHANDO SU PRESENCIA REALIZAMOS TAMBIEN UN REPASO DE PRIMEROS AUXILIOS ( ATRAGANTAMIENTO, HERIDAS, QUEMADURAS, ..... ). PREVIO A LA PRESENTACION DEL MISMO SE SE REALIZA BUSQUEDA DE INFORMACION Y SE PREPARA POWERPOINT Y PREGUNTAS TIPO TEST ( 10 PREGUNTAS CON 4 RESPUESTAS CADA UNA SIENDO SOLO UNA DE ELLAS CIERTAS ) PARA HACERLAS ANTES DE LA PRESENTACION Y UN TIEMPO DESPUES DE LA MISMA ( UN MES ). EL EQUIPO ENCARGADO DE ESTE PROYECTO SE REUNE EN VARIAS PARA OCASIONES ANTES Y DESPUES DE RECABAR BUSQUEDA Y PREPARACION DEL MISMO. CON ESTE PROYECTO SE PRETENDE CONCIENCIAR A LA POBLACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ACTUACION TEMPRANA ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA Y ENSEÑAR A REALIZAR COMPRESIONES TORACICAS EFECTIVAS DESDE EL MOMENTO QUE SE PRODUCE LA PARADA.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### METODO

LAS ACTIVIDADES A REALIZAR SON:

1- ELABORACION DE UN PROYECTO EN EL QUE QUEDE REFLEJADO LA ATENCION COMUNITARIA QUE SE VA A REALIZAR. Y ELABORACION DE UN TEST DE 10 PREGUNTAS CON 4 RESPUESTAS POSIBLES PERO CON UNA UNICA RESPUESTA CIERTA QUE NOS SERVIRA PARA LA EVALUACION DE LA ACTIVIDAD.  
2- CONCRETAR FECHA DE REALIZACION CON LA POBLACION A LA CUAL VA DIRIGIDA.  
3- EVALUACION DE LA ACTIVIDAD CUANDO HAYA PASADO UN TIEMPO DE LA REALIZACION DE LA MISMA Y PREGUNTAR A LA POBLACION ASISTENTE ( MEDIANTE REALIZACION DE 10 PREGUNTAS ) QUE HACER ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA. EL TALLER CONSISTIRA EN UNA PARTE TEORICA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA RCP DESDE EL MOMENTO EN QUE SE VISUALIZA LA PARADA HASTA LA LLEGADA DE LOS SANITARIOS QUE INCLUIRA UN POWERPOINT, Y UNA PARTE PRACTICA CON MUÑECOS PARA ENSEÑAR A REALIZAR LAS COMPRESIONES TORACICAS YA COMO ACTUAR ANTE UN ATRAGANTAMIENTO PARCIAL O COMPLETO Y LA REALIZACION DE LA POSICION LATERAL DE SEGURIDAD.

##### INDICADORES

CON LOS DATOS OBTENIDOS SE PODRAN SACAR CONCLUSIONES Y CUESTIONAR SI SE CONTINUA O NO CON LA ACTIVIDAD, YA QUE EL PLANTEAMIENTO INICIAL DEL PROYECTO ES QUE TENGA CONTINUIDAD EN EL TIEMPO Y QUE SE EXTIENDA A OTROS PUEBLOS PERTENECIENTES AL CS DE CANTAVIEJA.  
DURACION 3º TRIMESTRE DEL AÑO ( DICIEMBRE DE 2019.

##### RESULTADOS ESPERADOS

CONCIENCIAR A LA POBLACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ACTUACION TEMPRANA ANTE UN CASO DE PARADA CARDIORESPIRATORIA Y ENSEÑAR A LA REALIZACION DE COMPRESIONES EFECTIVAS DESDE EL MOMENTO EN QUE SE PRODUCE ESTA. RESULTADOS ALCANZADOS  
ACUDEN A LA ACTIVIDAD 15 PERSONAS CON UNA EDAD COMPRENDIDA ENTRE 30 Y 65 AÑOS.  
EN LOS TEST REALIZADOS EL DIA DE LA REALIZACION DE LA ACTIVIDAD COMPARADOS CON LOS REALIZADOS UN MEST DESPUES DE LA MISMA HAN MEJORADO CONSIDERABLEMENTE.  
LOS RESULTADOS DE TEST REALIZADOS PREVIAMENTE A LA REALIZACION DEL TALLER:  
- UNA PERSONA HA RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 5 PREGUNTAS.  
- CUATRO PERSONAS HAN RESPONDIDO CORECTAMENTE A 6 PREGUNTAS .  
- TRES HAN RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 7 PREGUNTAS .  
- TRES HAN RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 8 PREGUNTAS.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0590

### 1. TÍTULO

#### RCP BÁSICA

- TRES HAN RESPONDIDO A 9 PREGUNTAS.
- UNO HA RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 10 PREGUNTA.
- LOS RESULTADOS DE LOS TEST REALIZADOS AL MES DE REALIZACION DE LA ACTIVIDAD
- DOS PERSONAS HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE A 10 PREGUNTAS.
- SEIS PERSONAS HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE A 9.
- CUATRO HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE A 8 PREGUNTAS.
- UNA HA CONTESTADO CORRECTAMENTE A 6 A PREGUNTAS.
- UNA PERSONA HA RESPONDIDO A 5 PREGUNTAS.
- UNA PERSONA NO LO HA REALIZADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
0560

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/590 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0590

Título  
RCP BASICA EN ADULTOS Y MANEJO DE DEXA

Autores:  
MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSANA, EDO MALLEN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Sistema cardiorrespiratorio  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Manejo de RCP básica Y utilización DEXA.

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

PROBLEMA  
La población perteneciente a este CS al encontrarse en un ambito rural aislado y alejado de centros hospitalarios y siendo la comunicación entre las distintas poblaciones y sus puntos de Atención primaria y de Atención continuada de difícil cobertura ( carreteras, climatología.....) solicitan un curso básico sobre RCP y utilización de DEXA

RESULTADOS ESPERADOS  
Aprendizaje de normas básicas sobre RCP y utilización de DEXA. Adultos mayores de 12 años.

MÉTODO  
Enseñar las nociones básicas sobre RCP y utilización de DEXA mediante medios audiovisuales y práctica con muñecos en grupos reducidos.

INDICADORES  
Cuestionarion previo y posterior a la realización de la actividad.

DURACIÓN  
A partir de septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0590**

**1. TÍTULO**  
**RCP BÁSICA**

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA RELANCIO PASCUAL  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CASPE  
· Localidad ..... CASPE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GUIU CAMPOS MIGUEL  
ISTRATE RAMONA RALUCA  
BELLES PALLARES LUCIA  
ROMERO SEGURA ANDREA  
PASCUAL GAVIN MARIA CARMEN  
BLASCO CASORRAN MARTA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el curso 2018-19, surgió una propuesta desde diversos sectores de la localidad, para hacer unas jornadas de una semana de duración, a las que se denominaría: Semana de la seguridad y prevención en los colegios. Así, en abril de 2019 se lleva acabo esta actividad, con participación de Policía local, Guardia Civil, bomberos y personal sanitario del centro de salud. Cada colectivo realiza su charla sobre el tema. Nosotros aprovechamos estas jornadas para continuar nuestro proyecto.

Se realiza a los alumnos de 5º de primaria de los tres colegios de la localidad.

Nos centramos en:

- Reconocimiento del paciente inconsciente. PLS.
- Reconocimiento de la parada cardíaca y actuación correcta, maniobras de RCP básica.
- Conocimiento de los teléfonos de emergencias 061 y 112.
- Actuación ante la obstrucción de la vía aérea.
- Diferenciar entre lactante, niño y adulto.

Han sido charlas de una hora de duración. Una parte teórica, apoyada con la proyección de una presentación y otra parte teórica, de mayor duración, en la que se han utilizado muñecos especiales, prestados desde el sector de Alcañiz, y los propios alumnos entre ellos. Han tenido lugar en cada colegio, donde nos han proporcionado aulas con todo lo necesario para desarrollar la actividad.

Dos semanas antes se les entrega a los alumnos un test con 6 preguntas básicas, de respuesta verdadero/falso. Dos semanas después de la charla lo vuelven a realizar.

Asimismo se les entrega tanto a alumnos como a profesores una encuesta de satisfacción.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total alumnos del curso 5º de primaria de los 3 colegios es de 95. En la encuesta tipo test de conocimientos, con 6 preguntas de respuesta verdadero/falso, que se les entregó con anterioridad y que realizaron 90 niños, el resultado fue:

- 21 niños (23%) tienen 2 fallos.
- 30 \_\_\_\_\_ (33%) \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_
- 24 \_\_\_\_\_ (27%) \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_
- 15 \_\_\_\_\_ (17%) \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

Concluyendo que el 77% tienen 3 o más errores. No teniendo el 50% de los conocimientos que se les pide.

Dos semanas después de la charla vuelven a realizar el mismo test, con el siguiente resultado:

- 20 niños (22%) tienen 0 fallos
- 38 \_\_\_\_\_ (42%) \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_
- 28 \_\_\_\_\_ (31%) \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_ (4%) \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

El 100% tienen el 50% de las preguntas bien contestadas, por lo que se concluye que sus conocimientos sobre el tema se han aclarado y han aumentado.

En la encuesta de satisfacción, con una escala likert de 5 ítems, el 100% entre alumnos y profesores proporciona la máxima puntuación, valorando así la actividad como muy satisfactoria.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad resulta muy beneficiosa y positiva. Con conocimientos muy básicos pero que son muy importantes y de gran utilidad para tod@s. La propuesta es que se realice una vez al año, dentro del periodo escolar, a los alumnos que vayan cursando 5º de educación primaria, y así mantener su continuidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/933 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0933

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Título  
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Autores:  
RELANCIO PASCUAL PATRICIA, GUIU CAMPOS MIGUEL, ISTRATE RAMONA RALUCA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

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

PROBLEMA  
En los centros de educación primaria no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios para los niños, por ello el profesorado del centro nos solicita formación para los alumnos de 6º de primaria en este tema. Desde el centro de salud consideramos que es primordial que éstos conozcan cómo realizar maniobras básicas de RCP, saber cómo actuar ante un atragantamiento, cómo y a quién avisar.

RESULTADOS ESPERADOS  
Que los niños de 6º primaria conozcan el protocolo de actuación ante un paciente inconsciente, sepan como actuar ante un atragantamiento, y adquieran habilidad para realizar las maniobras básicas de RCP.

MÉTODO  
Se realizan sesiones de una hora de duración con el alumnado. Previamente se valoran los conocimientos que tienen los niños, se continúa con una breve formación teórica seguida de una parte práctica con maniqués, para terminar con un conciso resumen de lo explicado y resolución de las dudas que puedan haberles surgido.

INDICADORES  
Al finalizar la sesión de formación se comparan los conocimientos adquiridos respecto a los que tenían antes de realizarla. También se hace un coloquio con los profesores para que valoren lo aprendido por los niños.

DURACIÓN  
Las sesiones tendrán una hora de duración y se prevee realizarlas de forma anual en cada colegio

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180

### 1. TÍTULO

#### HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA BLASCO CASORRAN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CASPE  
· Localidad ..... CASPE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BELLES PALLARES LUCIA  
GRACIA MORENO MERCEDES  
RELANCIO PASCUAL PATRICIA  
ROCA BELENGUER MARGARITA  
ABADIA BUISAN CAROLA  
SIERRA BRUNA MARIA DOLORES  
GODINO MOYA MARIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Enero de 2019 se revisaron los formatos de comunicación con el paciente en papel de los que disponía el Centro de Salud que fueran aplicables para la citación y seguimiento de los pacientes crónicos en las visitas periódicas a las consultas de enfermería y medicina de AP. Buscábamos un formato en el que pudiéramos escribir las fechas de próximas citas de revisión a pacientes crónicos que damos en consulta y los datos de sus constantes (TA, glucemia, peso, etc.) de manera que fuera legible y lo suficientemente amplio e intuitivo para ser comprendido con facilidad por las personas de edad avanzada y/o con bajo dominio del idioma. Se verificó que ninguno de los formatos de los que disponíamos se adaptaba a las necesidades actuales.

A continuación se formó un equipo de trabajo que se reunió para exponer las necesidades y las características que debía tener la nueva tarjeta de citación. En Marzo quedó elaborada la propuesta de "Tarjeta de citación y seguimiento" que constaba de dos caras, en la cara A se registrarían las próximas citas y las constantes tomadas en consulta y en la cara B se registrarían los autocontroles domiciliarios del paciente (TA y glucemia en aquellos casos en los que estuviera indicado).

El nuevo modelo fue impreso y repartido por parte del servicio de Admisión entre las consultas de enfermería, comenzando un pilotaje de 4 meses de duración (1 Abril - 31 Julio). Durante este periodo, las enfermeras entregaron un total de 150 tarjetas a pacientes crónicos que acudían a consultas de seguimiento. Cada enfermera entregó 25 tarjetas. Para cada uno de estos pacientes, se recogieron los datos relativos a la asistencia a la próxima cita, presencia de Diabetes Mellitus, indicación de autorregistro de cifras de glucemia/TA/etc., cumplimentación de autorregistro, satisfacción del paciente (escala Likert) y observaciones del paciente, usando la tabla e instrucciones diseñadas para este fin.

En Septiembre se recogieron los registros de las diferentes consultas y se realizó la evaluación del pilotaje, añadiendo las observaciones del grupo de trabajo. Se analizaron los indicadores y se plantearon las mejoras oportunas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras el análisis de los datos recogidos en las consultas de enfermería, el resultado de los indicadores propuestos para el periodo de pilotaje fue:

- % de uso de la tarjeta: 100% (Estándar: 100%). Se entregaron un total de 150 tarjetas (la totalidad de las tarjetas impresas). Cada enfermera entregó 25 tarjetas.
- Asistencia del paciente a la cita: Un 92,7% de los pacientes que usaron la nueva tarjeta de citación acudieron a la siguiente cita programada (Estándar: 90%).
- Satisfacción media de los pacientes con la nueva tarjeta: Se registró la satisfacción de 129 pacientes. La satisfacción media en una escala Likert (de 1 a 5) fue de 4 (Estándar: 4).
- Uso de los autorregistros: Se indicó realizar autorregistros en un 78,7% de los pacientes (118 pacientes). De estos, un 84% realizó el autorregistro (Estándar: 90%), mientras que un 16% no lo realizó.

#### Observaciones de los pacientes:

- 7 pacientes comentaron que preferirían el formato de la tarjeta en cartulina, más rígido.
- 6 pacientes comentaron que el espacio para el autorregistro se quedaba pequeño, no les cabían los datos.
- 3 pacientes comentaron que no les gustaba el autorregistro porque les resultaba difícil registrar.
- 1 paciente comentó que no quería rellenar el autorregistro por no manchar la tarjeta.

#### Observaciones de los profesionales:

- Las enfermeras detectaron que con frecuencia los pacientes rellenaban el autorregistro pero no apuntaban en las casillas correctas.
- En general, les pareció que el sistema de autorregistro no era útil, se quedaba pequeño y no les gustaba tampoco a los pacientes.
- En cuanto al registro de las citas, les pareció que cumplía su objetivo, aunque preferirían el formato en

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180

### 1. TÍTULO

#### HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

cartulina.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Tarjeta de citación y seguimiento diseñada cumple los objetivos planteados en cuanto a la programación de la próxima visita para las consultas concertadas con enfermería / medicina y para el registro de las constantes de los pacientes en consulta y otros datos (cara A). Sin embargo, la parte dedicada al autorregistro de TA y/o glucemia no gusta ni a pacientes ni a profesionales y el indicador "Uso de los autorregistros" no llega al estándar marcado. Se evidencia así la necesidad de elaborar formatos para autorregistros más grandes y con casillas mejor clarificadas para facilitar al paciente el registro y al profesional su lectura.

En Octubre se realizó el diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento". y se rediseñaron los formatos para el registro de autocontroles domiciliarios para pacientes hipertensos y diabéticos. La tarjeta de Citación se modificó incluyendo más espacio para próximas citas y añadiendo un apartado para texto libre en la cara B donde incluir otros datos relacionados con el Plan Personal del paciente. Se elaboraron formatos para el autorregistro de perfiles glucémicos de acuerdo con las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis del Sector de Alcañiz. También se elaboró un formato para el registro de AMPA.

Estos nuevos formatos fueron presentados al EAP y se propuso su inclusión como formatos propios del centro de salud de Caspe, mediante su integración en el Manual de Acogida del CS y su codificación según el sistema de gestión de calidad, de modo que sean accesibles para todos los profesionales del EAP y para otros EAP a los que puedan resultarles de interés:

- Tarjeta de Citación y seguimiento.
- Registro de Automedición de la Presión Arterial.
- Perfil glucémico: Tratamiento con Insulina Intensiva.
- Perfil glucémico: Tratamiento con Insulina no intensiva.
- Perfil glucémico: Tratamiento con Antidiabéticos Orales.

Disponer de estas herramientas nos facilitan y agilizan el trabajo en consulta y mejoran la comunicación entre profesional y paciente. Creemos que la "Tarjeta de Citación y Seguimiento" disminuye el número de pacientes que no acuden a las consultas programadas por errores en la lectura de la próxima cita (0 en el pilotaje) y esperamos mejorar los Indicadores de seguimiento de pacientes crónicos (HTA, DM) mediante el buen uso de los Autorregistros.

En general recomendaríamos el uso de estas herramientas en los EAP, aunque es compartido por profesionales y pacientes la necesidad de un soporte más rígido, en cartulina, para la "Tarjeta de Citación y Seguimiento" que actualmente usamos en papel. Es una Tarjeta con espacio para ser usada durante varios años y el papel se deteriora fácilmente con el paso del tiempo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/180 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0180

Título  
HERRAMIENTA DE COMUNICACION PARA ORIENTAR A PACIENTES CRONICOS EN EL SISTEMA SANITARIO

Autores:  
BLASCO CASORRAN MARTA, BELLES PALLARES LUCIA, GRACIA MORENO MERCEDES, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, ROCA BELENGUER MARGARITA, ABADIA BUISAN CAROLA, SIERRA BRUNA MARIA DOLORES, GODINO MOYA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRÓNICOS: HTA, DM, DLP, OBESIDAD, EPOC  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge la Atención a pacientes crónicos. Para llevar a cabo este

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180

### 1. TÍTULO

#### HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

servicio que ocupa gran parte de nuestras agendas, los pacientes incluidos son citados con la periodicidad correspondiente en las consultas de su enfermera y su médico de familia.  
Uno de los objetivos que se plantean al finalizar estas consultas de enfermería es el codificado en la taxonomía NOC "Conducta de cumplimiento" (1601). Una de las intervenciones enfermeras dirigidas al logro de este objetivo es la recogida en la NIC "Orientación en el sistema sanitario" (7400). Como actividades concretas relacionadas con esta intervención, la NIC recoge:  
740024 Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades asistenciales, según corresponda.  
740033 Notificar al paciente las visitas programadas, según corresponda.

Para llevar a cabo estas actividades, las enfermeras acuerdan la fecha de próxima visita con el paciente y realizan una anotación doble de la próxima cita. Por un lado, en la agenda de OMI-AP y además, en un soporte en papel se anota al paciente la próxima cita. Actualmente no disponemos de un formato adecuado, ya que las "tarjetas amarillas" de las que disponemos están obsoletas, su espacio es muy reducido y frecuentemente producen que los pacientes se equivoquen en el día u hora de la cita.  
Por otra parte, las enfermeras observamos que los pacientes a menudo nos traen a consulta autorregistros de TA o glucemias anotados en formatos no adecuados o casi ilegibles. Detectamos la necesidad de disponer de un formato para aquellos pacientes que se realizan controles de TA o glucemias.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación entre profesional y paciente mediante el uso de una "Tarjeta de citación y seguimiento" que sirva para registrar las citas en consulta programada.  
Disminuir el número de pacientes que no acuden a las consultas programadas.  
Mejorar los indicadores de seguimiento de pacientes crónicos.  
Adaptar la Tarjeta para que aporte información sobre datos del paciente (TA, glucemia, peso...), de manera que éstos puedan ser consultados y compartidos con el paciente, familiares y otros profesionales.  
Adaptar la Tarjeta para incluir autorregistros en aquellos casos que lo requieran, de manera que el paciente pueda compartirlos con los profesionales.

#### MÉTODO

- Revisar los formatos de los que se dispone en el centro.
- Reunión del grupo de trabajo exponiendo las necesidades y las características que debe tener la nueva herramienta. Elaboración de un modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento".
- Pilotaje durante 4 meses.
- Reunión del grupo de trabajo y evaluación. Análisis de indicadores y se plantearán posibles mejoras.
- Diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento". Inclusión como formato propio del centro de salud codificándolo según el sistema de gestión de calidad.
- Presentación al EAP e implantación.

#### INDICADORES

Durante el periodo de 4 meses de pilotaje, las enfermeras entregarán un total de 150 tarjetas a pacientes crónicos que acudan a consulta de seguimiento. Para cada uno de ellos, se registrarán los datos indicados en una tabla. Tras el periodo de 4 meses del pilotaje, se evaluarán los siguientes indicadores:  
- % de uso de la tarjeta: N° tarjetas entregadas / n° total de tarjetas impresas para el pilotaje (150 unidades) x 100. Estándar: 100%  
- Asistencia del paciente a la cita: n° de pacientes a los que se entregó tarjeta que acuden a la cita / n° total de pacientes a los que se les entregó tarjeta x 100. Estándar: 90%.  
- Satisfacción media de los pacientes con la nueva tarjeta: Suma de puntuaciones en escala Likert (1 - 5) / n° de pacientes que evalúan. Estándar: 4  
- Satisfacción media de los profesionales con la nueva tarjeta: Suma de puntuaciones en escala Likert (1 - 5) / n° de profesionales que evalúan. Estándar: 4  
- Uso de los autorregistros: n° de pacientes que han rellenado autorregistros / n° de pacientes a los que se les ha indicado realizar registros x 100. Estándar: 90%.

A partir de estos indicadores y de las observaciones subjetivas percibidas por pacientes y profesionales, el grupo de trabajo acordará el modelo definitivo de tarjeta, realizando las modificaciones oportunas.

#### DURACIÓN

El proyecto será llevado a cabo entre los meses de enero a septiembre de 2019.  
- Enero - febrero: Diseño y planificación de la nueva tarjeta por el grupo de trabajo.  
- Marzo - Junio: Pilotaje del uso de la nueva tarjeta  
- Julio: Evaluación por el grupo de trabajo.  
- Agosto: Diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento" y codificación.  
- Septiembre: Presentación y difusión al resto del EAP por el grupo de trabajo. Implantación del nuevo modelo de Tarjeta.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180**

**1. TÍTULO**

**HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL GUIU CAMPOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CASPE  
· Localidad ..... CASPE  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

VALLEJO GERMOSEN LORENZA  
BLASCO CASORRAN MARTA  
ISTRATE RAMONA  
RELANCIO PASCUAL PATRICIA  
PASCUAL GAVIN MARI CARMEN  
ROMERO SEGURA ANDREA  
LOZANO CALAVIA CARLOS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación del Grupo de Atención Comunitaria dentro del EAP (Febrero 2019)  
Reuniones periódicas del Grupo de Atención Comunitaria (22/03/2019, 24/06/2019, 13/01/2019??) y uso de otros sistemas de comunicación (Whatsapp, correo-e, Google Drive).  
Diseño de la Agenda Comunitaria (contenido básico) y actualizaciones periódicas.  
Formación de los profesionales en metodologías de intervención y participación comunitaria: Curso de "Activos para la Salud", Sesión Clínica sobre "Intervención comunitaria en educación secundaria: Taller afectivo sexual".  
Difusión de la Agenda comunitaria al EAP, al Consejo de Salud, a otras entidades de la población, a la Dirección del Sector y mediante el blog <https://atencioncomunitaria.aragon.es/agendas-comunitarias-equipos-atencion-primaria/>  
Desarrollo de las actividades incluidas en la Agenda Comunitaria:  
Continuo: Educación grupal para la preparación al parto, dirigida a mujeres gestantes y sus parejas, impartida por la matrona del Centro de Salud.  
19/03/2019 - 20/03/2019: Taller de primeros auxilios en las Cooperativas de Caspe y Fabra. Dirigido a socios de la Sociedad Cooperativa Frutícola Bajo Aragonesa, impartido por Miguel Guiu.  
08/04/2019 a 11/04/2019: Participación en la Semana de la Seguridad y Prevención en Colegios, organizada anualmente por Bomberos de Caspe. Talleres impartidos:  
08/04/2019: Taller de primeros auxilios en el CEIP Compromiso de Caspe. Dirigido a alumnos de 5º de primaria, impartido por Carmen Pascual, Marta Blasco y Marta Tomás.  
09/04/2019: Taller de primeros auxilios en el CEIP Alejo Lorén. Dirigido a alumnos de 5º de primaria, impartido por Miguel Guiu, Marta Blasco y Pedro Talayero.  
10/04/2019: Taller de primeros auxilios en el CEIP Alejo Lorén. Dirigido a alumnos de 6º de primaria, impartido por Andrea Romero, Lorenza Vallejo, Susana Moreno y Ramona Istrate.  
11/04/2019: Taller de primeros auxilios en el Colegio Santa Ana. Dirigido a alumnos de 5º y 6º de primaria, impartido por Patricia Relancio, Lucía Bellés y Encarni Mezcua.  
10/04/2019: Participación en la Mesa de la Campaña Agrícola en colaboración con el Ayuntamiento de Caspe, Servicios Sociales comarcales, sindicatos y asociaciones. Participan en esta mesa Miguel Guiu y Aurora Lahoz. ¿mas fechas?  
11/04/2019: Visita de los alumnos de 1º educación infantil del CEIP Alejo Lorén al Centro de Salud. Ramona Istrate recibe a los alumnos, les explica el funcionamiento del centro de salud y visitan los diferentes espacios del centro y la ambulancia.  
29/04/2019: Taller de primeros auxilios y uso del DEA a la Policía Local de Caspe. Abierto a otros profesionales, también acuden Bomberos y Guardia Civil. Impartido por Miguel Guiu y Marta Blasco.  
06/05/2019 - 08/05/2019: Jornada de formación conjunta Centro de Salud y Bomberos sobre la atención en accidentes de tráfico y traumas graves. Con diferentes talleres prácticos impartidos por Lorenza Vallejo, Maite Godino, Miguel Guiu, Ramona Istrate y Lucia Belles.  
18/12/2019: Taller de formación sobre Diabetes Mellitus tipo 1 dirigido a profesores y trabajadores del CEIP Alejo Lorén.  
Participación en el Consejo de Salud de Zona: Miguel Guiu (Coordinador del Centro de Salud) es el secretario del Consejo. Entre los vocales se encuentran una enfermera ( Patricia Relancio Gavín) y una médico de familia ( Mari Carmen Pascual Gavín).  
Participación en la Mesa de Violencia de género: Miguel Guiu Campos y Aurora Lahoz (citados desde los servicios sociales de la comarca)  
Participación en el Plan de Convivencia en la Diversidad Cultural de Caspe: Desde la Consejería de Servicios Sociales de la Comarca del Bajo Aragón-Caspe, en colaboración con la Fundación Ozanam y el Gobierno de Aragón, se convocó al Centro de Salud para la participación en un grupo de trabajo para la dinamización de este Plan elaborado anteriormente mediante un proceso participativo. Forman parte de este grupo Marta Blasco y Aurora Lahoz. Entre marzo y diciembre de 2019 el grupo se ha reunido en 12 ocasiones y se han celebrado varios eventos dirigidos a la difusión del Plan entre técnicos de la Comarca (Espacio Técnico de Relación 29/10/2019) y la presentación del Plan a la ciudadanía en Expo-Caspe (01/11/2019). Actualmente el grupo de trabajo ha pasado a denominarse Equipo Comunitario de Caspe y continúa avanzando en el trabajo comunitario y reuniéndose con periodicidad.  
Colocación de un Buzón de Sugerencias para los usuarios/as del Centro de Salud: Fue colocado en mayo de 2019 a iniciativa de Carlos Lozano. El servicio de Admisión se encarga de revisarlo periódicamente.  
En desarrollo: Programa de Educación Sanitaria dirigido a mujeres inmigrantes en colaboración con la Escuela

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

de Adultos y el colectivo "Mujeres fuertes", con quienes ya se ha establecido contacto y se está planificando conjuntamente el contenido y desarrollo de la actividad.

- Se ha establecido contacto con referentes de centros educativos de la localidad, ayuntamiento, servicios sociales comarcales, asociaciones locales y otras entidades.
- Se ha realizado evaluación de las actividades realizadas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### Indicadores:

Nº de profesionales que participan en el Grupo de Atención Comunitaria / Nº mínimo de perfiles profesionales que constituyen el grupo (3) x 100 (Estándar: 100%). El grupo se componía inicialmente por 15 profesionales. Durante el año, debido a cambios en el EAP, el grupo se ha quedado con 13 componentes. Resultado: 433%.  
Nº de actividades planificadas realizadas en el año 2019 / Nº de actividades planificadas en la Agenda Comunitaria x 100 (Estándar 90%). De las 10 actividades incluidas inicialmente en la Agenda, se han llevado a cabo 9 (la actividad restante está en desarrollo). Resultado: 90%.  
Nº de reuniones del grupo de Atención comunitaria (Estándar: 4). Resultado: 3 reuniones. Ha sido más utilizada y fluida la comunicación por otros medios (Whatsapp, correo-e, Google Drive).  
Nº de actividades no previstas inicialmente que se han incluido en la Agenda Comunitaria a lo largo del año (Estándar: 2). Resultado: 3 actividades realizadas no planificadas inicialmente.  
Nº de actividades desarrolladas en colaboración con otras entidades del entorno / Nº de actividades desarrolladas (Estándar: 80%). De las 12 actividades llevadas a cabo, 10 se realizan en colaboración con otras entidades. Resultado: 83%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de mejora ha valorado como muy positivo el alcance de la creación e implantación de la Agenda Comunitaria en el centro de salud de Caspe. Los objetivos del proyecto se han cumplido por completo: se ha constituido un grupo de Atención Comunitaria en el que participan profesionales del EAP con diferentes perfiles, han diseñado el contenido básico de la Agenda Comunitaria, se ha ofertado formación a los miembros del equipo en metodologías de intervención y participación comunitaria y las actividades comunitarias se han integrado en la planificación del Centro de Salud.

La Agenda Comunitaria del EAP se ha difundido y se puede consultar en <https://atencioncomunitaria.aragon.es/agendas-comunitarias-equipos-atencion-primaria/>. Los profesionales del EAP han recibido nuevas demandas por parte de entidades de la zona para iniciar nuevos proyectos comunitarios en el año próximo, además de dar continuidad a los ya instaurados. Como dificultad encontrada, diríamos que pese a que las actividades se desarrollan de forma integrada en el funcionamiento del EAP, sigue siendo difícil establecer horarios para el desarrollo de estas actividades comunitarias sin sobrecargar al profesional/es que las realizan y a los que cubren la actividad asistencial en esos periodos, puesto que las agendas de los diferentes profesionales todavía no contemplan un tiempo para la atención comunitaria.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1076 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1076

Título  
CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Autores:  
GUIU CAMPOS MIGUEL, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, PASCUAL GAVIN MARI CARMEN, LAMARRE MICHELOT, BLASCO CASORRAN MARTA, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, ROMERO SEGURA ANDREA, LOZANO CALAVIA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

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

PROBLEMA



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

La atención comunitaria se define como "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".

La Agenda Comunitaria se dirige a mejorar la salud y el bienestar de las personas de la zona, promover el autocuidado, reducir la medicalización de los problemas personales y sociales, visibilizar y potenciar los recursos y activos comunitarios y reducir las desigualdades sociales en la salud. Este último es un importante fin en nuestra Zona Básica de Salud de Caspe dadas las características de la población, con un elevado índice de población inmigrante, asalariados eventuales y desempleo. Atendiendo a las desigualdades sociales, recientemente hemos conocido que el Índice de Privación de nuestra ZBS es de los más elevados de Aragón (<https://idearagon.aragon.es/atlas/#>).

#### RESULTADOS ESPERADOS

Crear un grupo de Atención Comunitaria en el que participen varios profesionales del EAP con diferentes perfiles. Diseñar el contenido básico de la Agenda Comunitaria:  
Ofertar formación dirigida a los miembros del equipo en metodologías de intervención y participación comunitaria. Integrar las actividades comunitarias en la planificación del Centro de Salud.  
Difundir la Agenda Comunitaria al EAP, al Consejo de Salud de la ZBS, a la población y a la Gerencia del Sector. Evaluar las actividades llevadas a cabo.

#### MÉTODO

Creación del Grupo de Atención Comunitaria dentro del EAP.  
Reunión del grupo de trabajo.  
Diseño de la Agenda Comunitaria.  
Difusión de la Agenda comunitaria al EAP, al Consejo de Salud, a otras entidades de la población y la la Dirección del Sector.  
Desarrollo de las actividades incluidas en la Agenda Comunitaria:  
Educación grupal para la preparación al parto.  
Taller en los colegios del municipio sobre Reanimación Cardiopulmonar.  
Participación en la Mesa de Violencia de género.  
Participación en el Consejo de Salud de Zona.  
Participación en el Plan de convivencia en la diversidad cultural de Caspe.  
Taller sobre Educación Sanitaria dirigido a personas inmigrantes en colaboración con la Escuela de Adultos.  
Formación conjunta con Bomberos sobre la atención el accidentes de tráfico y traumas graves.  
Reunión del grupo de Atención Comunitaria, evaluación de las actividades realizadas.

#### INDICADORES

El Grupo de Atención Comunitaria se reunirá con periodicidad trimestral. Al finalizar el año, se realizará una evaluación global con los siguientes indicadores:

Nº de profesionales que participan en el Grupo de Atención Comunitaria / Nº mínimo de perfiles profesionales que constituyen el grupo (3) x 100 (Estándar: 100%).  
Nº de actividades planificadas realizadas en el año 2019 / Nº de actividades planificadas en la Agenda Comunitaria x 100 (Estándar 90%).  
Nº de reuniones del grupo de Atención comunitaria (Estándar: 4)  
Nº de actividades no previstas inicialmente que se han incluido en la Agenda Comunitaria a lo largo del año (Estándar: 2).  
Nº de actividades desarrolladas en colaboración con otras entidades del entorno / Nº de actividades desarrolladas (Estándar: 80%).  
Nº de actividades formativas sobre intervenciones comunitarias cursadas por los miembros del grupo de Atención Comunitaria / Nº de miembros del grupo de Atención Comunitaria (Estándar: 60%).

#### DURACIÓN

La Agenda Comunitaria se planifica anualmente. Aún no se dispone de fecha concreta para la realización de la mayoría de actividades, si para algunas de ellas que exponemos a continuación:

Constitución y puesta en marcha del Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria: Enero - Febrero 2019.  
Diseño de la Agenda Comunitaria de 2019: Febrero - Marzo 2019.  
Difusión al EAP y al Consejo de Salud: Marzo .Abril 2019.  
Participación en la semana de la seguridad en colegios: 8-12 de Abril 2019 junto a bomberos, policía local y guardia civil.  
Jornadas con bomberos (Intercambio de experiencias y conocimientos): 6 y 8 de mayo 2019.  
Resto de actividades incluidas en la Agenda Comunitaria: Mayo - Noviembre 2019.  
Formación al EAP: Mayo - Noviembre 2019.  
Reunión del grupo de trabajo y evaluación de la Agenda Comunitaria: Diciembre 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076**

**1. TÍTULO**

**CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS HIJAR  
· Localidad ..... HIJAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

GASPAR BLASCO ANTONIO  
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL  
MEDINA MORA CRISTINA  
BURRIEL AGUDO OSCAR  
GIL MARIN MARIA DEL MAR  
TORO SEGOVIA MARITZA  
GRACIA TORRALBA LORENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- En marzo de 2019 se presenta en la Plataforma de Programas de Apoyo de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud el proyecto "Salvemos Vidas desde el Instituto: Taller de RCP y Soporte Vital Básico", previa información y solicitud de colaboradores ante el Equipo de Atención Primaria. En dicho proyecto participan 8 miembros del equipo: 2 EAC (Raquel Casasnovas Sevillano y Cristina Medina Mora), 2 MAC (Elisenda Cantín López y María Royo Blesa), 1 MAP (Julián Laguna Sarria), 1 Pediatra (M<sup>a</sup> Mar Gil Marín) y 2 EAP (José Andrés Rubio del Peral y Daniel Tornos Pérez, responsable del mismo). A lo largo del año se realizan 7 talleres entre el Instituto de Educación Secundaria Pedro Laín Entralgo de Híjar y el Colegio Román García de Albalate del Arzobispo. Los talleres fueron dirigidos a alumnos de 6º de Primaria, de 1º y 4º de ESO. Se realizaron 3 talleres en marzo, 1 taller en mayo y otros 3 talleres en diciembre, abarcando por consiguiente 2 cursos escolares (2018-19 y 2019-20). En total han recibido los talleres 192 alumnos, de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. Para llevar a cabo dichos talleres ha sido fundamental la implicación de otros miembros del equipo que participaban indirectamente, cubriendo a los profesionales que impartían los talleres al tener que realizarlos en horario escolar (por las mañanas en días lectivos). También ha sido fundamental la colaboración y el compromiso de la Dirección, Jefatura de Estudios y profesorado implicado de los centros educativos. Los detalles de dicho proyecto se pueden ver en la Memoria del mismo (Memoria 2019/0852 de la presente convocatoria).

2- El día 3 de abril Daniel Tornos mantiene reunión en el centro de salud con Quino Monzón (Técnico de Deportes del Ayuntamiento de Híjar) y Javier Abad (Técnico de Deportes de la Comarca Bajo Martín), para dar a conocer la Estrategia Comunitaria de Aragón y la Recomendación de Activos, ya que éstos son responsables de diversas actividades que valoramos positivamente los profesionales del equipo implicados en la "Acción Comunitaria" desde el punto de vista de la "promoción de la salud", los cuales se muestran participativos y dispuestos a colaborar en todo momento.

3- El día 8 de abril se mantiene reunión en el centro de salud con diversos profesionales del Equipo, a solicitud de Daniel Tornos, para informar de la Estrategia Comunitaria en Aragón y de la necesidad de crear un Grupo de Trabajo de Comunitaria en el centro, según indicación de la Dirección General del Salud, tal y como se aconsejó en el "Taller de Formador de Formadores en Estrategia de Atención Comunitaria: Agenda Comunitaria y Recomendación de Activos para la Salud", al cual asistió Daniel Tornos en Zaragoza el día 27 de marzo, junto a otras dos enfermeras del Sector (Ana M<sup>a</sup> García - CS Andorra y Silvia Rico - CS Más de las Matas), siendo éstos el equipo encargado de transmitir la formación del mismo al resto de equipos de Atención Primaria del Sector Alcañiz, apoyados por la Directora de Enfermería de AP del Sector (Dña. M<sup>a</sup> Dolores Llorens Palanca). Por lo que tras informar sobre el mismo se procede a constituir el Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria (en adelante G.T.A.C) en el CS Híjar, quedando el mismo integrado por: Dña. M<sup>a</sup> Mar Gil Marín (pediatra), D. José Andrés Rubio del Peral (enfermero), D. Julián Laguna Sarria (médico), Dña. Raquel Casasnovas Sevillano (enfermera), D. Antonio Gaspar Blasco (trabajador social), Dña. Carmen Hurtado (matrona), D. Antonio Pablo Martínez Barselo (médico y coordinador del centro) y D. Daniel Tornos Pérez (enfermero y referente comunitario del equipo). Se establece mantener la siguiente reunión en junio.

4- A lo largo de abril se envían cartas de presentación del G.T.A.C. a la Comarca del Bajo Martín y a los Ayuntamientos de Híjar y Albalate del Arzobispo, con intención de seguir enviando al resto de instituciones y corporaciones locales existentes en la comarca. Además se crea y se informa de la dirección de correo electrónica del grupo, para mantener cualquier contacto (mail: saludhijarte@gmail.com)

5- El 15 de abril, Antonio Gaspar (Trabajador Social) y Daniel Tornos (enfermero), mantienen reunión en la sede de la comarca con trabajadoras sociales del Servicio Social de Base (Anabel López, M<sup>a</sup> José Sanz, Gemma Martín), para informar y dar a conocer la Estrategia de Atención Comunitaria de Salud, la creación del G.T.A.C. en el CS Híjar y la intención de establecer acciones conjuntas y recomendación de activos.

6- El lunes 13 de mayo se realiza una sesión formativa y acreditada de 2 h. al Equipo del CS Híjar, dirigida a todos los profesionales del mismo, asistiendo un total de 19 personas (MAP, Pediatra, MAC, EAP, EAC y Trabajador Social), para dar a conocer la Estrategia de Atención Comunitaria y el funcionamiento de la Agenda Comunitaria como herramienta, dicho taller fue impartido por Ana García (enfermera del CS Andorra) y Daniel Tornos, y apoyado por Dña. M<sup>a</sup> Dolores Llorens (Directora de Enfermería del Sector).

7- El 18 de junio se realiza la 2ª Reunión del G.T.A.C., informando de las acciones realizadas desde abril, además, se incorpora al Grupo Dña. Maritza Toro (matrona), en lugar de Carmen Hurtado, que abandona el centro en mayo para trabajar en otro lugar.

8- El 19 de junio Daniel Tornos imparte una charla en el Hogar del Pensionista de Híjar, sobre "Alimentación y Conservación de Alimentos" dirigida a población adulta en general, dentro del programa de actividades de la "Semana Cultural" que organiza la Asociación "Culturhijarte" en el municipio. Asisten una veintena de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

personas, con buena acogida. Se establece seguir colaborando con ellos en próximos eventos.

9- A finales de junio Raquel Casasnovas (enfermera) presenta en la Plataforma de Programas de Apoyo de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud el proyecto "Paseos Saludables por Híjar", el cual se desarrolla desde julio hasta diciembre, realizándose todos los lunes en horario de 8:00 a 9:00, siempre que el tiempo lo permite, dirigido a población adulta en general y con patología crónica (HTA, DM, IC, osteoporosis, hipercolesterolemia...). En dicho proyecto han participado una media de entre 10 - 15 personas a diario, siendo valorada positivamente la actividad por éstos y mejorando sus cifras tanto de peso como de tensión arterial. Los detalles y resultados de este proyecto se pueden visualizar en la Memoria del mismo (2019/1207 de la presente convocatoria).

10- Entre junio y julio se sube en el blog de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón la actividad "Paseos Saludables por Híjar" como "Activo en Salud" propio del centro, para poder ser recomendado por profesionales del equipo. Siendo favorable su validación por parte de la Coordinadora de la Estrategia y siendo visible en la herramienta informática OMI desde septiembre. También ocurre lo mismo con la Agenda Comunitaria del CS Híjar, que se publicó a lo largo del verano y vio el visto bueno.

11- En octubre se pone en marcha el "Grupo de Crianza", dirigido a todas las madres de la zona con hijos menores de 12 meses, como espacio de encuentro donde aprender y compartir experiencias tanto a madres y padres que quieran participar y resolver sus inquietudes, favoreciendo un desarrollo saludable y apoyando el proceso de maternidad/paternidad. Dichos talleres son dirigidos por la matrona (Maritza Toro) los miércoles de 13:00 a 15:00, siendo puntualmente apoyados por el equipo de pediatría.

12- En octubre se envían cartas a diferentes agentes sociales e instituciones de la ZBS para informar de la intención de reactivar y constituir un nuevo Consejo de Salud de Zona, ya que llevaba varios años sin actividad, a fin de que designen un representante de los mismos para su constitución; se contacta con Comarca, Ayuntamientos, sindicatos, centros educativos, asociaciones y profesionales sanitarios locales. Como resultado se fija fecha y se realiza la constitución del Consejo de Salud de Zona de Híjar el día 19 de noviembre, realizándose en la sala de reuniones del centro de salud y asistiendo los siguientes representantes:

- D. Jesús Antonio Puyol Adell (Ayto. de Híjar)
- Dña. Isabel Arnas Andreu (Ayto. de Albalate del Arzobispo)
- D. José Luis Álvarez Prados (Ayto. de La Puebla de Híjar)
- D. Esteban Pamplona Lafaja (Ayto. de Urrea de Gaén)
- Dña. Gema Martín Ígado (Servicio Social de Base Comarcal)
- Dña. Clara Monforte (Veterinaria de Zona)
- Dña. María Elena Meseguer Laplana (Consejo Escolar)
- Dña. Asunción Dosset (Farmacéutica de Híjar)
- D. Francisco José Serrano Elizaguerra (Sindicato UGT)
- D. Carmelo Daniel Tornos Pérez (miembro EAP Híjar)
- D. Antonio Pablo Martínez Barseló (Secretario del Consejo)

13- El 26 de noviembre, Cristina Medina y Daniel Tornos (enfermeros) imparten unas charlas en el colegio de Urrea de Gaén y el de Vinacete (ambos pertenecientes al CRA Bajo Martín), sobre "Alimentación Saludable y Aparato Digestivo", previa solicitud de la Jefa de Estudios del centro (Dña. Natalia Gazulla Serón). Dirigido a niños de Primaria de edades comprendidas entre 6 y 10 años.

14- En diciembre se incorpora a los talleres del proyecto "Salvemos Vidas desde el Instituto" la nueva pediatra del centro, Lorena Gracia Torralba.

15- En diciembre también se analizan los resultados de los diferentes talleres, proyectos y actividades comunitarias realizadas a lo largo del año y se elaboran los borradores de las correspondientes memorias.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, así como la presentación de la "Agenda Comunitaria" como herramienta y espacio donde visibilizar todas las acciones comunitarias que se realicen desde el Centro de Salud y la importancia de identificar y recomendar diferentes "Activos en Salud" de la zona, ha sido presentada en diferentes sesiones al 100% del personal que trabaja en el EAP Híjar, incluyendo al personal de Atención Continuada, superando por tanto el estándar marcado (> 80%).

- Se han mantenido un total de 7 reuniones con agentes intersectoriales (Servicios Sociales de Base de la Comarca Bajo Martín, Técnico de Deportes de la Comarca Bajo Martín, Técnico de Deportes del Ayuntamiento de Híjar, Equipo Docente del IES Pedro Laín Entralgo de Híjar, Equipo Docente del CP Román García de Albalate del Arzobispo, Directora del CRA Bajo Martín y representantes de la Asociación Cultural Culturhijarte de Híjar).

- A lo largo del año 2019 se han puesto en marcha 2 proyectos de actividad comunitaria en la ZBS: "Salvemos Vidas desde el Instituto" y "Paseos Saludables por Híjar", con gran interés por parte de los profesionales implicados y buena aceptación de la población a la que han sido dirigidos. Continuando con dichas actividades ya instauradas en nuestra zona de salud. Además, se ha publicado la Agenda Comunitaria del centro, dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

- Por tanto, se ha conseguido dar a conocer la importancia que tiene en nuestro sistema la realización de este tipo de actividades además de implicar a un número considerable de profesionales dentro del equipo, hecho de importante relevancia teniendo en cuenta que hace apenas un año la actividad comunitaria era prácticamente inexistente, y si la había no se visibilizaba.

- La metodología utilizada para llevar a cabo todas las actividades han sido reuniones, sesiones, talleres apoyados con material práctico y medios audiovisuales, además de realización de diferentes cuestionarios.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como responsable del proyecto, gracias al apoyo del Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria del centro y del resto de profesionales que han permitido "dejar hacer", se valora positivamente todas las acciones emprendidas a lo largo del ejercicio 2019, dando continuidad en adelante a los proyectos realizados e invitando a nuevos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

profesionales que se han incorporado recientemente a formar parte del grupo de trabajo y a liderar o participar en nuevos proyectos de interés comunitario.

Del mismo modo, esperamos poder seguir avanzando en adelante en el desarrollo del Consejo de Salud de Zona con una nueva reunión en este primer trimestre, donde se visibilizará la acción comunitaria del centro y se abrirá un espacio para poder abordar nuevos retos e inquietudes que puedan surgir desde los agentes intersectoriales. Vamos a seguir desarrollando la Agenda Comunitaria y a lo largo de este año incorporando además nuevos "Activos en Salud" que podamos recomendar desde nuestras consultas, dada la relevancia que tienen para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, bien sean actividades propias del centro o bien de otros agentes del entorno.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1532 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1532

Título  
CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

Autores:  
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, GASPAS BLASCO ANTONIO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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

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

PROBLEMA  
El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria. Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial. La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.  
- Creación de un Grupo de Trabajo en el centro de salud y la elaboración posterior de la Agenda Comunitaria.  
- Identificar los distintos recursos y Activos en Salud de la zona.  
- Establecer líneas de trabajo conjuntas entre el centro de salud y el colegio de Híjar (CEIP Luis Turón) con actividades formativas a sus alumnos, entendiendo la escuela como pieza clave para el aprendizaje de hábitos saludables.

MÉTODO  
- Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.  
- Reparto de cuestionarios a profesionales responsables de cada localidad sobre "iniciativas o actividades de promoción de la salud que se realicen en su zona".  
- Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entorno de Salud Comunitaria.  
- Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.  
- Diseño físico de la Agenda Comunitaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

### 1. TÍTULO

#### CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR

- Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

#### INDICADORES

- % de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria (> 80%).
- N° de cuestionarios entregados y respondidos (> 50%).
- N° de reuniones mantenidas con los distintos agentes intersectoriales.
- Indicador dicotómico (Sí/No): "¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?".
- Indicador dicotómico (Sí/No): Puesta en marcha de un proyecto de Educación Comunitaria en el CEIP Luis Turón de Híjar.

#### DURACIÓN

- Planificación del proyecto: Junio 2018.
- Sesión informativa al EAP: Junio 2018.
- Reunión con Equipo Directivo del CEIP Luis Turón de Híjar: Junio 2018.
- Establecimiento de contactos comunitarios intersectoriales, incluyendo Consejo de Salud de zona: Julio a Octubre 2018.
- Análisis de los datos obtenidos en los distintos encuentros: Noviembre 2018.
- Diseño de la agenda y actividades a desarrollar: Diciembre 2018.
- Puesta en marcha de la Agenda: Enero 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0694

### 1. TÍTULO

#### INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LAZARO GRACIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HIJAR  
· Localidad ..... HIJAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO  
CASAMIAN GUERRERO ASUNCION  
ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL  
MARTINEZ BARSELO ANTONIO  
LAGUNA SARRIA JULIAN  
CARMANIU TOBAL JORGE  
GONZALEZ ALGAS JULIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de integrar la práctica de la cirugía menor ambulatoria (CmA) en el centro se creó una agenda en OMI-AP, dos miércoles x mes, en horario de 12:30 a 14:15 h  
Se estableció un máximo de 5 pacientes.  
Dicha actividad se realizaria en la Sala de Urgencias del CS Híjar.

Los pacientes fueron captados en las consultas de AP ( MAPs y EAPs) donde se abría un Episodio en OMI-AP si la lesión era susceptible para ello ( en base a Protocolo CmA existente en el propio programa OMI) y se iniciaba una derivación que se presentaba en administración del centro, para ser citados en la agenda específica.

En principio, se pensó adjuntar todos los anexos inherentes la proceso asistencial : valoración prequirúrgica, consentimiento informado, información postquirúrgica ... en una carpeta en el escritorio ( para acceso general a todos los profesionales),pero finalmente fueron los profesionales que asumieron la CmA, los que una vez en dicha consulta, entregaban la documentación e información pertinente ( valoración pre-IQ, técnica -IQ, Consentimiento informado y atención post-IQ)  
También dichos profesionales asumían la derivación a atención especializada, si así lo creían oportuno, cómo la solicitud de estudio anatomopatológico en caso de necesitarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestros objetivos a alcanzar eran:

-Tiempo medio de demora para realizar la intervención en cada EAP ( < 21días):

El 100% conseguido

-Número de intervenciones anuales realizadas: 17 procedimientos de CmA:

- 3 Queratosis Seborreicas

- 3 Queratosis Actínicas

- 3 Fibromas Péndulo

- 2 Berrugas Plantares

- 1 Berruga vulgar

- 2 Carcinomas Basocelulares

- 1 Nevus melanocítico

- 1 Cuerno corneo

- 1 lipoma

-% de infecciones postquirúrgicas observadas /nº total de intervenciones realizadas

- 3 infecciones /17 realizadas

-% de dehiscencias de suturas observadas /nº total de intervenciones realizadas

-1 dehiscencia /17 realizadas

-Encuesta de satisfacción a los usuarios con periodicidad regular.

-100% de satisfacción del usuario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que si bien la casiística que exponemos no es muy significativa, ni refleja demasiada actividad en CmA en el año 2019, estamos en buen camino para años venideros.

Realmente el circuito era mucho más ambicioso en objetivos y metas pero hemos tenido muchos problemas para la puesta en marcha del mismo.

Desde problemas personales ( que dejarón x un tiempo déficit de profesionales a cargo de CmA) a problemas técnicos ( ausencia de material pertinente para determinados actos quirúrgicos).Además el proyecto ya se planteó para +/- 9 meses, comenzando casi en primavera.Por lo cuál, entre los problemas previos arriba descritos más el periodo estival ( que tampoco es el más idóneo para hacer CmA),el TIEMPO DE CONSECUCIÓN ha quedado prácticamente limitado a 3 MESES.

Consideramos que la CmA es viable en AP y supone una gran satisfacción tanto para el usuario ( cómo así nos lo han reflejado) como para el profesional.

7. OBSERVACIONES.

Para este año,con el circuito mejor integrado en nuestra práctica habitual, esperamos que la tasa de actividad sea bastante superior.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0694

### 1. TÍTULO

#### INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/694 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0694

Título  
INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

Autores:  
LAZARO GRACIA PILAR, CASAMIAN GUERRERO ASUNCION, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, LAGUNA SARRIA JULIAN, CARMANIU TOBAL JORGE, GONZALEZ ALGAS JULIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Desde hace más de 20 años, la Cirugía Menor, se define como "aquellos procedimientos quirúrgicos que tienen en común ser procedimientos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, baja anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas" (Menon, NK. Minor Surgery in general practice. The Practitioner 1986;230:217-9)

En España, la Cirugía Menor, se encuentra incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde 1995 ( RealDecreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y mantenida en el Real Decreto 1030/2006 sobre Cartera de Servicios Comunes)  
La Cirugía Menor constituye una de las áreas básicas en la formación del médico de familia, siendo considerada una habilidad fundamental en el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.  
La revisión de diferentes publicaciones en España en los últimos años, avalan la viabilidad de la implantación de la CM en AP, porque consigue disminuir las listas de espera para Cirugía General y Dermatología, se obtiene una elevada concordancia clínico-patológica y se aumenta la satisfacción, tanto de los usuarios como de los profesionales.

Ademas su práctica es costo-efectiva, estimando que reduce entre un tercio y la mitad el gasto sanitario imputable a los mismos procedimientos, realizados en unidades quirúrgicas especializadas.  
Todo ello refuerza que sea Atención Primaria el lugar idóneo donde realizar procedimientos quirúrgicos sencillos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.Integrar procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria en la actividad médica habitual del CS Híjar
- 2.Proporcionar a los profesionales de Atención Primaria una herramienta útil para la realización de Cirugía Menor
- 3.Tratar todas las patologías incluidas en la cartera de servicios susceptibles de ser realizadas en Atención Primaria
- 4.Mejorar la calidad de servicio al usuario, con mayor accesibilidad a los procedimientos de cirugía menor

#### MÉTODO

##### 1. CREACIÓN DE UNA AGENDA DE CIRUGIA MENOR

Se realizará los miércoles de 12: 30h a 14:15h en en la Sala de Urgencias del CS Híjar. Se citarán 5 PACIENTES como máximo.

##### 2. CREACIÓN DE UNA CARPETA DE CIRUGIA MENOR.

Se abrirá una carpeta en OMI-AP con todos los documentos inherentes al proceso asistencial quirúrgico ( anexos 1, 2, 3,4 y 5) para mayor accesibilidad a todos los profesionales del equipo.

##### 3. LESIONES susceptibles de cirugía menor:

- Herida cutánea
- Absceso cutáneo
- Dermatofibroma.Quiste epidérmico.Quiste mucoide
- Verruga. Molluscum contagiosum. Fibroma blando/péndulo
- Uña incarnata, panadizo
- Queratosis actínica. Queratosis seborreica
- Lipoma



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0694

### 1. TÍTULO

#### INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

##### 4. CAPTACIÓN DE PACIENTES

Los pacientes serán captados en las consultas de AP ( MAPs y EAPs) donde se valorará la indicación de su intervención.

Se abrirá un Episodio en OMI-AP que inicie una derivación a Cirugia Menor Ambulatoria y se efectuarán los siguientes pasos:

- Cumplimentar hoja de valoración quirúrgica (Anexo 1).
- Informar y entregar al paciente el consentimiento informado, con la información prequirúrgica documentada (Anexo 2).
- El paciente podrá revocar su consentimiento al procedimiento, si así lo desea (Anexo 3)

##### 5 . EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Será imprescindible que el paciente aporte el consentimiento informado debidamente firmado. Una vez intervenido:

-Se entregará la hoja informativa post-intervención (Anexo 4).  
Si se cursa AP, se utilizará la hoja para estudios anatomo-patológicos del Hospital de Alcañiz. El informe constará en la HCE y se enviará copia al médico de familia, y/o paciente.

##### 6. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Se realizará en el centro de salud, excepto en aquellos pacientes que hayan sido derivados a atención especializada por:

- Diagnóstico incierto, falta de conocimientos o de material necesario para la intervención.
- Resultado histológico informado como lesión maligna.
- Presencia de alguna complicación no asumible por AP

##### INDICADORES

- Tiempo medio de demora para realizar la intervención en cada EAP
- Número de intervenciones anuales realizadas.
- % de infecciones postquirúrgicas observadas /nº total de intervenciones realizadas
- % de dehiscencias de suturas observadas /nº total de intervenciones realizadas
- Encuesta de satisfacción a los usuarios con periodicidad regular.

##### DURACIÓN

Duración 9 meses. Desde 04/2019 a 12/2019 (fechas "variables" en dependencia de la disposición o/no del material necesario)

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0852

### 1. TÍTULO

#### SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

Fecha de entrada: 23/01/2020

#### 2. RESPONSABLE ..... CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS HIJAR
- Localidad ..... HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ALCANIZ

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

LAGUNA SARRIA JULIAN  
CANTIN LOPEZ ELISENDA  
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL  
ROYO BLESIA MARIA  
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES  
MEDINA MORA CRISTINA  
GIL MARIN MARIA DEL MAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 7 talleres a lo largo de este año, entre el Instituto de Educación Secundaria Pedro Laín Entralgo de Híjar y el Colegio Público Román García de Albalate del Arzobispo, habiéndose acordado previamente las fechas con la Dirección de cada centro escolar, con los profesores implicados y con la disponibilidad de los profesionales participantes del Equipo de Atención Primaria. Dichos talleres se distribuyeron de la siguiente manera:

##### IES Pedro Laín Entralgo (Híjar):

Se realizaron 2 talleres el 12 de marzo de 2019 de 90' de duración cada uno, dirigidos a los alumnos de 1º ESO (36 alumnos) y de 4º ESO (38 alumnos). (Curso Escolar 2018-2019)  
Se realizaron 2 talleres el 18 de diciembre de 2019; 1º ESO (27 alumnos) y 4º ESO (45 alumnos). (Curso Escolar 2019-20)

##### C.P. Román García (Albalate):

Se realizaron 2 talleres durante el Curso Escolar 2018-19: uno el 15 de marzo de 2019 a 6º Primaria (16 alumnos) y otro el 28 de mayo de 2019 a 1º ESO (15 alumnos).  
Se realizó un taller durante el Curso Escolar 2019-20: el 17 de diciembre de 2019, dirigido a 6º de Primaria (15 alumnos).

El equipo docente de cada taller estaba compuesto por 2, 3 ó 4 sanitarios componentes del proyecto, siempre había representación médica y de enfermería.

Con un mes de antelación se fijaban las sesiones, ya que había que coordinar las actividades docentes del centro y disponibilidad de salas, bloquear agendas de los profesionales sanitarios implicados y proveer qué compañeros les cubrían, así como reservar los maniqués de simulación en la Unidad de Formación del Sector de Alcañiz. Además de los maniqués, se llevaba material fungible del centro de salud (gasas y desinfectante sanitario) ya que no se disponía de mascarillas desechables para realizar el "boca-boca".

Se realizaba el taller según lo previsto: un cuestionario inicial con 6 preguntas y 4 alternativas de conocimientos previos (Anexo I), una exposición con P.Point de 30 ' de duración, un taller práctico de unos 30-45' para finalizar con un test de conocimientos posterior que era el mismo que el inicial pero habiendo cambiando el orden de preguntas y el de respuestas y un "test de satisfacción de la actividad docente" (Anexo II). Las fotocopias de los cuestionarios eran asumidas por el propio centro educativo, así como el soporte informático y las aulas para escenificación.

El número total de alumnos ha sido de 192: 31 de 6º Primaria, 78 de 1º ESO y 83 de 4º ESO.

Tras la realización de cada taller, se analizaban los resultados y se emitía un informe por cada actividad, que se entregaba a la Dirección del centro educativo, con los resultados obtenidos (evaluando tanto conocimientos técnicos adquiridos como el grado de satisfacción de la actividad), conclusiones y valoración por parte del grupo responsable del EAP.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los indicadores planteados y analizados los resultados globalmente, obtenemos los siguientes resultados:

Al inicio de la actividad observamos que un 11,72% de los alumnos obtenía una puntuación total menor del 50% (menos de 3 respuestas acertadas) de conocimientos, mientras que el porcentaje de alumnos que alcanzaba una nota superior al 50% (3 ó más respuestas acertadas) era del 28,94%.

Sin embargo, tras la realización del cuestionario posterior al taller, el porcentaje de alumnos que respondía por debajo del 50% de conocimientos ha sido del 2,63%, y el de alumnos que han obtenido un porcentaje de conocimientos superior al 83,3 % (5 ó 6 respuestas acertadas) ha sido del 92,1%.

En líneas generales, partían con una base del 64,47% de los conocimientos y al finalizar el taller han adquirido el 90,79% de conocimientos, lo que implica que aumentaron en un 26,32% su nivel de conocimientos, destacando como ya se ha dicho, que un 92,1% ha obtenido una puntuación igual o superior a 8,33.

En cuanto al "Grado de Satisfacción de la Actividad Docente" hay que destacar los siguientes resultados:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0852

### 1. TÍTULO

#### SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

El 98,57% de los alumnos ha considerado "muy útil o útil" la actividad  
El 99,28% ha considerado las explicaciones "muy claras o claras"  
El 98,57% ha considerado que se fomentaba "mucho o bastante" la participación.  
El 97,42% considera "muy recomendable o recomendable" el taller.  
Y el 77,07% "sí que repetiría" la actividad, el 23,47% "no lo sabe" y un 2,53% dice que "no".

Para analizar estos resultados se han contabilizado y cuantificado las respuestas de los cuestionarios entregados, todos ellos han sido anónimos, cada cuestionario se codificaba mediante un código numérico asignado a cada alumno.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el Grupo de Comunitaria del Centro de Salud de Híjar consideramos una labor muy importante el poder desarrollar e instaurar estos talleres con periodicidad anual en los centros educativos, demostrando así la importancia que tiene adquirir estos conocimientos por la población desde pequeños y desde la escuela, empoderando así a la ciudadanía en la toma de decisiones y en la salvaguarda de la población ante situaciones críticas y de compromiso vital, promoviendo por tanto los Cuidados en Salud y promocionando así una mejor Calidad de Vida en la Comunidad.

Esperamos que en próximas ediciones los resultados sean igual o tan buenos como los obtenidos durante este año.

Como medida de mejora creemos que en grupos de más de 30 personas convendría realizar dos talleres, ya que en 90' se queda bastante escaso el tiempo para realizar la parte práctica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/852 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0852

Título  
SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

Autores:  
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, LAGUNA SARRIA JULIAN, CANTIN LOPEZ ELISENDA, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, ROYO BLESA MARIA, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, MEDINA MORA CRISTINA, GIL MARIN MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología: Situaciones de compromiso vital debido a causas externas.  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----

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

PROBLEMA  
Aumentar la capacidad de decisión y resolución de la población ante contingencias que pueden presentarse a lo largo de la vida, en relación con las posibles amenazas hacia la salud individual o comunitaria, se conoce en Atención Comunitaria con el término "empoderamiento". Siendo aquí donde la Educación para la Salud juega un papel importante, mediante el adiestramiento de individuos en técnicas eficaces y eficientes para el afrontamiento de problemas que puedan presentarse.

El 60% de los paros cardíacos se producen en presencia de testigos y menos del 30% de las PCR extra hospitalarias son reanimadas inicialmente por la población general. La instauración de maniobras de RCP básica por las personas que han presenciado el paro aumenta en siete veces las posibilidades de supervivencia.

La RCP básica precoz mejora el pronóstico de la PCR tanto en niños como en adultos. Es necesario que las personas que atienden inicialmente al individuo que ha sufrido una PCR realicen RCP básica hasta que lleguen los servicios de emergencias.

Enseñar y preparar a la población adolescente en el manejo de estas técnicas es importante debido a varios factores:

- La fortaleza física que presentan los niños mayores de 13 -14 años permite que realicen las compresiones

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0852

### 1. TÍTULO

#### SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

torácicas con la misma calidad que los adultos.

- Los adolescentes tienen una gran posibilidad de atender a víctimas en otros escenarios y cabe la posibilidad de que en la vida adulta, esos conocimientos sean también útiles.

- Implementar en los centros escolares la docencia de la reanimación y apoyarla con estrategias de recuerdo supondría la universalización de estas habilidades en el futuro.

Se decide realizar esta actividad con los alumnos de 1º y 4º curso del Instituto de Enseñanza Secundaria de Híjar, dado que centraliza la educación de los adolescentes de la Zona de Salud, siendo más fácil su acceso sin menoscabar la labor asistencial de los profesionales sanitarios. Además, instaurando un reciclaje en la adquisición de dichas técnicas a estas edades, conseguiremos establecer dentro de la comunidad un número considerable de sus miembros como futuros agentes y/o "activos en salud" con conocimientos en la técnica.

También se podrá realizar la misma en otros centros escolares de la zona en los que pudiera surgir dicha demanda.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Al final de la actividad, los alumnos serán capaces de:

- Enumerar las fases de la cadena de supervivencia.
- Realizar de forma correcta la técnica de RCP básica.

#### MÉTODO

Se aplicará la siguiente metodología:

- Primeramente se realizará un cuestionario tipo test previo a la actividad con 6 preguntas y 4 posibles respuestas cada una, sobre conocimientos relacionados con el tema (Anexo I). El cuestionario será anónimo, identificándose con un número para realizar la comparación posterior.
- Después, se realizará de manera breve y con apoyo de una presentación multimedia, la exposición teórica de la actividad.
- En tercer lugar, se practicará, por parte del profesorado, la técnica de RCP básica sobre un muñeco de instrucción.
- En cuarto lugar, los alumnos realizarán y escenificarán, el proceso de la cadena de supervivencia y las maniobras de RCP básica previamente mostradas bajo la supervisión de los docentes.
- En quinto lugar, responderán el mismo cuestionario que efectuaron al inicio de la actividad.
- Por último, rellenarán un cuestionario de evaluación de la actividad y los docentes de la misma (Anexo II).

#### INDICADORES

Se recogerán los resultados cualitativos de la actividad docente, según el cuestionario de evaluación de la misma por parte de los alumnos (Anexo II) y además, según las respuestas recogidas en el Anexo I, se establecerán los siguientes indicadores:

- Porcentaje de alumnos que poseen un nivel mínimo de conocimientos sobre el tema, considerado por un porcentaje de respuestas correctas superior al XX% del cuestionario, previamente a la actividad.
- Porcentaje de alumnos que poseen un nivel mínimo de conocimiento sobre el tema, considerado por un porcentaje de respuestas correctas superior al XX% del cuestionario, posteriormente a la actividad.
- Incremento del conocimiento sobre el tema, considerando los dos anteriores indicadores y la media de respuestas correctas comparando los anteriores cuestionarios.

#### DURACIÓN

Se realizará en varias sesiones divididas por cursos, a lo largo del segundo trimestre escolar del curso (marzo - abril 2019) y en el primer trimestre del curso que viene (otoño 2019).

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0908

### 1. TÍTULO

#### INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRÍAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANDRES RUBIO DEL PERAL  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS HIJAR  
· Localidad ..... HIJAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para poder llevar a cabo este proyecto hemos realizado un protocolo para la realización de espirometrías para que todo el personal de enfermería, principalmente, y médicos del C.S. de Hajar conozcan en que consiste esta prueba y como poder realizarla.

El protocolo está estructurado del siguiente modo:

- Introducción y revisión histórica de la prueba.
- Utilidad de la espirometría.
- Equipamiento necesario. Descripción del espirómetro que usamos en el C.S. de Hajar. (DATOSPIR touch spirometer Sibelmed) y de todo el restante material necesario (boquillas, jeringa de calibración, pinzas nasales, inhaladores, etc.)
- Realización de la espirometría.
- Criterios de calidad de una espirometría.
- Indicadores en AP para las espirometrías.
- Contraindicaciones para la realización de las espirometrías.
- Complicaciones de las espirometrías.
- Algoritmo diagnóstico de una espirometría.
- Manejo espirométrico en el C.S. Hajar (DATOSPIR touch spirometer Sibelmed).
- Programa espirometrías. W20S.
- Como adjuntar el resultado de la espirometría a omiAP.

En el protocolo se describe paso a paso, y con fotografías, el modo de realizar una espirometría para que así sea más fácil poder aprender a realizarlas y evitar cometer errores.

Tras la finalización del protocolo se realizaron charlas individualizadas donde se presentó el documento al personal de enfermería del centro. Además, varios compañeros se animaron a realizar algunas pruebas siguiendo los pasos que indica el protocolo. La satisfacción de los compañeros fue alta.

Para más adelante hay prevista una sesión clínica donde se dará a conocer el protocolo a todo el personal del centro, tanto médicos como enfermeras.

Se han realizado las reuniones previstas en el proyecto, 4 en total y los recursos materiales empleados han sido igualmente los previstos inicialmente.

El calendario marcado también se ha cumplido, llegando a la finalización del protocolo y su presentación a los compañeros del C.S. de Hajar en septiembre de 2019.

El protocolo realizado se ha dejado en la sala de espirometrías.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante 2019 se han realizado 113 espirometrías. 20 corresponden a pacientes con EPOC (17.6%), 22 a fumadores (19.36%), 58 a otras patologías respiratorias: asma, neumonías, disneas, etc. (51.04%), a niños 4, asmáticos principalmente, (3.52%) y 9 a otras patologías (7.92%).

Desde el 1 de enero hasta finales de septiembre, momento en el que se presenta el protocolo a los compañeros enfermeros del centro, se habían realizado 65 espirometrías en un periodo de 9 meses, lo que supone el 57.2% con una media de 5.7 espirometrías/mes. Sin embargo, los 3 últimos meses de 2019 se realizan 48 espirometrías, el 42.24%, lo que supone una media de 16 espirometrías/mes.

La diferencia es sustancial, casi 10 espirometrías más por mes.

Esta tendencia se sigue mostrando en el primer mes de 2020 en el que se han realizado 19 espirometrías.

El incremento de espirometrías/mes es importante pero también lo es el tiempo de demora desde la prescripción de la prueba hasta el momento de realizarla. Se ha pasado de tener una demora media de 19 días hasta la actual de 12 y todo esto a pesar del incremento de la media realizada por mes.

El proyecto ha tenido impacto en el aumento del número de espirometrías realizadas, en la disminución del tiempo transcurrido en su realización, en el aumento del número de personas que conocen y realizan la prueba, en la satisfacción de los profesionales y en el aumento de conocimientos sobre la temática tratada.

Indicadores usados: número de espirometrías realizadas/año (solo hemos podido contabilizar desde la implantación del protocolo un periodo de 4 meses), media de días transcurridos entre la solicitud y la realización de la prueba y la presencia del protocolo en el C.S. de Hajar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La presencia de un protocolo detallado para realizar la espirometrías es una herramienta de gran valor que aporta conocimientos y da confianza a los profesionales del centro para poder realizar la prueba. Por motivos de tiempo no ha sido posible presentar el protocolo a todos los profesionales sanitarios sino solo a enfermería y de un modo individualizado.

De todos modos, los logros han sido evidentes y es de esperar que a partir de este momento más compañeros se animen a realizar espirometrías ya que cuentan con este protocolo de fácil seguimiento.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0908

### 1. TÍTULO

#### INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR

Sería conveniente poder disponer de un espacio más adecuado para la prueba, ya que la sala donde se realizan ha de compartirse con matrona, ecografías y extracciones, lo que condiciona su realización. Por otro lado, la realización de este proyecto ha supuesto un reciclaje formativo en la materia para los dos componentes del mismo y un acercamiento a la espirometría por parte del resto de compañeros.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/908 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0908

Título  
INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. DE HIJAR

Autores:  
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La espirometría es una prueba básica para el estudio de la función pulmonar, y su realización es necesaria para la evaluación y el seguimiento de las enfermedades respiratorias. La utilidad principal de la espirometría es el diagnóstico y la monitorización de muchas enfermedades respiratorias que tienen afectación de la vía aérea. Además este prueba tiene otras aplicaciones que van más allá de estas utilidades, como puede ser la determinación de la edad funcional pulmonar que puede potenciar el éxito en el abandono del hábito tabáquico, la estimación del riesgo de padecer cáncer de pulmón, de deterioro cognitivo o de mortalidad de cualquier causa incluida la cardiovascular. Permite también valorar el impacto sobre la función pulmonar de enfermedades de otros órganos o sistemas (cardíacas, renales, hepáticas, neuromusculares, etc.).

Por todo esto, se recomienda la realización sistemática de una espirometría a personas con historia de tabaquismo y con algún síntoma respiratorio.  
Para poder conseguir aumentar el número de espirometrías realizadas, así como disminuir el tiempo que transcurre entre la demanda y su realización, creemos que es necesario la realización de un protocolo para su realización en el C. S. de Hija ya que no contamos con uno adaptado a nuestras necesidades y basado en la evidencia científica. Hasta ahora hemos realizado esta técnica basándonos en las instrucciones dadas por compañeros que conocían la técnica (o que creían conocerla), que recibieron o no una formación determinada, en protocolos realizados en otros centros o en información que encontrábamos en internet u otras fuentes documentales. Dábamos por buenas esas instrucciones cuando la experiencia ha demostrado que no eran del todo correctas y que no estaban actualizadas. Por otro lado, son pocos los enfermeros/as que conocen la técnica para realizar una espirometría y solo hay uno encargado de realizarlas y que debe de compaginar su actividad habitual en consulta de enfermería con esta otra actividad, por lo que la realización de espirometrías siempre va a estar supeditada a dicha actividad. También las espirometrías dejan de realizarse cuando la persona encargada está de vacaciones, disfruta de permisos o está de baja laboral.  
Si se dispusiera de un protocolo adecuado en el Centro más enfermeros podrían realizar la técnica, incluidos E.A.Cs.y enfermeros con contrato eventual, teniendo como repercusión directa el aumento del número de espirometrías realizadas en un año así como en la disminución del tiempo transcurrido entre la orden clínica y la realización de la espirometría.

RESULTADOS ESPERADOS  
-Aumento del número de espirometrías/año  
-Disminución del tiempo transcurrido entre la orden clínica y la realización de la espirometría.  
-Creación de un protocolo para realizar espirometrías adaptado al C.S. de Hija..  
-Mejorar la calidad del servicio prestado al usuario.  
-Realización óptima de la prueba

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0908

### 1. TÍTULO

#### INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR

-Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería.

#### MÉTODO

Para la realización del protocolo se va a realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva, revisando diferentes fuentes documentales. Se van a examinar publicaciones científicas indizadas en las siguientes bases de datos: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) a través de su buscador PUBMED, Science Direct, Scielo, TripdataBase, Dialnet y cualquier otra que nos sea de utilidad. Miraremos fundamentalmente los artículos de publicación más reciente por si pudiesen aportar nuevas perspectivas sobre la técnica y todos aquellos que nos sean de utilidad.

También revisaremos los protocolos que se están llevando a cabo en otros centros.

Una vez realizado se les comunicará a los compañeros mediante sesión clínica o taller ( a valorar)

#### Recursos materiales:

Un ordenador del centro para poder realizar las búsquedas bibliográficas.

Espirómetro (el que dispone el Centro).

#### Reuniones previstas:

Reunión 1. Se abordarán las diferentes líneas estratégicas para la realización del protocolo, estrategias de búsqueda, temas de interés, etc.

Reunión 2. Resultados de la búsqueda. Datos de interés.

Reunión 3. Confección del protocolo ( Se realizarán todas las reuniones necesarias para su realización)

Reunión final. Finalización y lectura del mismo.

#### INDICADORES

-Número de espirometrías realizadas en un año.

-Media de días transcurridos entre la solicitud y la realización de la prueba.

-Presencia del protocolo en el C.S. de Hija y en intranet.

#### DURACIÓN

-Búsqueda bibliográfica.

Duración prevista de 2 meses desde la aprobación de la mejora.

Responsables: José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Realización y redacción del protocolo.

Duración prevista de 2 meses tras la búsqueda bibliográfica.

Responsables : José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Presentación al resto del personal de enfermería del Centro tras la realización del protocolo.

Responsables: José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Puesta en marcha tras la presentación.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0962

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION DE LOS INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DE MEDICINA DE FAMILIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MARTINEZ BARSELO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS HIJAR  
· Localidad ..... HIJAR  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

CARMANIU TOBAL JORGE  
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO  
LAZARO GRACIA MARIA PILAR  
SALVANES DURAN BERNARDO  
GONZALEZ ALGAS JULIO  
LAGUNA SARRIA JULIAN  
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se mantiene la primera reunión de este ciclo el día 10 de junio de 2019 tras tener la certeza de que el proyecto ha sido aprobado. Se explican en profundidad los 3 indicadores que vamos a controlar este año. También en esta ocasión aceptan participar todos los médicos del EAP que tienen cupo asignado.

El día 16 de septiembre de 2019 se realiza nueva reunión de los integrantes del proyecto, se revisa, aprovechando el cuadro de mandos de farmacia, como van los indicadores que debemos controlar y también procedemos a realizar un repaso general del resto de indicadores. Se explica el cometido y se resuelven las dudas que se plantean.

El día 25 de noviembre volvemos a reunirnos y se explica el proyecto a los nuevos médicos con cupo asignado que se han incorporado al EAP de Hajar con la toma de posesión de las plazas de la última OPE celebrada en Aragón y que vienen a sustituir a Pilar Romero Fernández y Julián Laguna Sarría. Se realiza un repaso general de todos los indicadores de farmacia haciendo especial hincapié en los 3 que constituyen este proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tratamiento Hipolipemiente combinado en Atención Primaria, se han alcanzado los objetivos que se solicitaban en el acuerdo de Gestión de 2019.

Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años, se han alcanzado los objetivos que se solicitaban en el Acuerdo de Gestión de 2019.

Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda, se han alcanzado los objetivos que se solicitaban en el Acuerdo de Gestión de 2019.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1º Se han conseguido los objetivos propuestos pero todavía los datos son susceptibles de mejorar, creemos que tanto cambio de titulares en los cupos puede hacer que no se esté suficientemente implicado en el proyecto.

2º En cuanto al tratamiento hipolipemiente combinado en Atención Primaria, tenemos que decir que debería ser modificado pues hay pacientes con alto riesgo cardiovascular que no han sufrido un evento para los que las Guías de Práctica Clínica proponen disminuir mucho la cifra de LDL Colesterol y eso en muchas ocasiones no se consigue con un solo hipolipemiente. Además hay pacientes con cifras muy elevadas de triglicéridos y de colesterol LDL que deben ser tratados con una estatina y un fibrato u otro medicamento hipolipemiente.

3º En el uso de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 75 años, hay fármacos inapropiados si se superan una dosis determinadas, pero para conseguir las dosis apropiadas muchas veces nuestra prescripción es de la mitad del comprimido (a la farmacia no le sirven el medicamento con la dosis baja) y en estos casos nos continua apareciendo penalizada la prescripción.

4º En el uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda hemos comprobado que si un paciente es tratado en urgencias o durante las vacaciones por otro compañero que le prescribe un antibiótico no recomendado, esa dispensación se le atribuye al titular del cupo y no al médico prescriptor. Eso nos parece muy injusto e inapropiado. Este argumento también es válido para el resto de los indicadores de farmacia.

#### 7. OBSERVACIONES.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1026

### 1. TÍTULO

#### "ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS ROMERO VIGARA  
• Profesión ..... MEDICO/A  
• Centro ..... CS HIJAR  
• Localidad ..... HIJAR  
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
• Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRILLO CALVO EVA  
MARTINEZ BARSELO ANTONIO  
GRANADO GONAZALEZ MANUEL  
GARCIA ENCABO MANUEL  
GONZALEZ ALGAS JULIO  
CALONGE VERGARA MARIA ISABEL  
CANTIN LOPEZ ELISENDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto constaba de dos fases: una 1º Fase de consulta de ecografía abdominal y pélvica; y una 2º Fase: Consulta de Ecografía músculo-esquelética. Se creó una agenda específica de ecografía para que los médicos de atención primaria de la zona básica de salud de Hjar pudiesen derivar a los pacientes a la consulta de ECOSALUD. Tres médicos de atención primaria se encargaban de hacer las ecografías.

Se pudo completar la 1º fase realizando una vez al mes ecografías con una duración de la consulta de 7 horas al día. Se hacían consultas monográficas diferenciando entre sospecha de patología tiroidea, por otro lado patología del área digestiva (dolor abdominal, sospecha de hepatopatía/patología de páncreas y vía biliar, palpación de masas u organomegalias), área nefro-urológica (nefropatía/patología de la vía urinaria, prostatismo, bolsa escrotal) y ginecológica.

En función del área de estudio se citaban entre 8-10 pacientes cada día entre 20-30 minutos por exploración. Cada día de consulta se incluían pacientes como primeras consultas, y consultas de seguimiento de patología ya conocidas.

La 2ª fase de patología musculotendinosa no se pudo complementar dado el aumento de la demanda de las patologías del área abdominal y pélvica, priorizando el equipo de Atención primaria en el estudio de esta área.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores de resultados:

- Nº de primeras consultas desde médicos de AP a la consulta de ECOSALUD: 25
- Nº de consultas de seguimiento desde médicos de AP a la consulta de ECOSALUD: 56
- Nº de ecografías realizadas al mes en la consulta ECOSALUD: se realizaron entre 7-10 ecografías al mes.
- Cursos de formación anual en ecografía abdominal avanzada por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD: se realizaron 3 cursos de formación del IACS, uno sobre patología tiroidea, otro en centrado en patología abdominal y un tercero en ecografía de las vías urinarias
- Evaluación de la adecuación y calidad de la solicitud de la ecografía abdominal en base a motivo de la petición y presencia o no de orientación diagnóstica: el 100% de las ecografías abdominales, pélvicas y de vías urinarias estaban motivadas y era pertinente su estudio en base a los criterios clínicos descritos en la oferta de servicios de la consulta de ECOSALUD. Sin embargo, dentro de las derivaciones del área tiroidea encontramos un porcentaje elevado de hipotiroidismo subclínicos no subsidiarios de estudio ecográfico.

Indicadores de percepción:

Se llevo a cabo una encuesta de satisfacción a un porcentaje representativo de la muestra de pacientes (23), donde se evaluaba diferentes items dentro de dos dimensiones, en una escala likert del 1 al 5, donde 1 el paciente estaba totalmente en desacuerdo y 5 estaba totalmente de acuerdo.

DIMENSIÓN INTERPERSONAL:

- Capacidad para comprender las necesidades del paciente (empatía): 4,5 puntos
- Criterio sobre modales y aspecto personal de quien lo atendió: 4,7 puntos
- Amabilidad en el trato con el paciente: 4,8 puntos.

DIMENSIÓN AMBIENTAL:

- Tiempo de espera: 3,9 puntos
- Accesibilidad: 4,5 puntos
- Privacidad: 3,8 puntos
- Orden: 4,7 puntos
- Limpieza: 4,5 puntos
- Ambiente agradable: 4,7 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La integración de la ecografía en la práctica clínica de la medicina de Atención primaria es una medida costo-efectiva que reduce los diagnósticos diferenciales que surgen tras la anamnesis y examen físico. Mejora la toma de decisiones, reclasifica la prioridad de las derivaciones a un segundo nivel asistencial y evita las que son innecesarias. Además, su gran accesibilidad y aceptación en Atención Primaria, refrendadas por los buenos resultados de las encuestas de satisfacción, convierten a la ecografía clínica en una herramienta que

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1026

### 1. TÍTULO

#### **"ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**

mejora el cuidado y la atención a los pacientes sobre todo en el medio rural, ya que evita desplazamientos innecesarios de estos en muchas ocasiones. El proyecto continuara en el año 2020, y como objetivos prioritarios nos marcamos aumentar el número de días al mes para las consultas monográficas, así como aumentar la curva de aprendizaje y experiencia en ecografía clínica mediante un mayor acceso a cursos y rotaciones de formación del equipo de AP, sobre todo centrada en ecografía abdominal avanzada, e implementar la ecografía musculo-esquelética.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1026 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1026

Título  
PROYECTO "ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:  
ROMERO VIGARA JUAN CARLOS, TRILLO CALVO EVA, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, GRANADO GONZALEZ MANUEL, GARCIA ENCABO MANUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, CANTIN LOPEZ ELISENDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA ABDOMINAL, PÉLVICA Y MUSCULOESQUELÉTICA  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La ecografía es una prueba segura, no invasiva, rápida, reproducible, exenta de efectos secundarios y altamente costo-efectiva. Su implantación en Atención Primaria permite mejorar tanto el cribado como el diagnóstico de numerosas patologías prevalentes, optimizando los recursos disponibles, evitando derivaciones innecesarias al siguiente nivel asistencial y agilizando éste proceso en los casos que su pertinencia lo requiera. La disponibilidad y accesibilidad desde AP a la ecografía, es punto clave para aumentar la capacidad diagnóstica y resolutoria de los Médicos de Familia. Son estrategias de éxito para la implantación y desarrollo de la ecografía clínica en AP las que se han llevado a cabo en los servicios de salud de Galicia, Extremadura y Madrid con la adquisición progresiva, programada y priorizada de equipos de ecografía, acompañada de formación específica de los médicos de AP. En diciembre de 2017 el Servicio Aragonés de Salud realizó una inversión tecnológica que incluía 32 equipos de ecografía, que fueron distribuidos para centros de AP. En agosto de 2018, la Consejería de Sanidad, incorporó la técnica de ecografía en la cartera de servicios de servicios de AP de Aragón, cumpliendo con los criterios de inclusión de congruencia (pertinencia, coherencia, equidad), de organización (factibilidad, impacto positivo en la organización), y criterios científico-técnicos (eficacia y efectividad, evidencia científica, eficiencia, seguridad y sustitución). Actualmente el centro de salud de Híjar, dispone de ecógrafo, pero aun no se ha implementado el uso del mismo. En este contexto, surge este proyecto como modelo de consulta monográfica de ecográfica clínica en Atención Primaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la capacidad resolutoria en las consultas de Atención Primaria; Integrar la técnica ecográfica en la actividad del centro e implementar la capacidad diagnóstica del médico de Atención Primaria, para disminuir la incertidumbre; Aumentar la capacidad de Resolución del primer nivel asistencial; Mejorar el nivel de salud y satisfacción de la población; Acortar el tiempo de atención en situaciones potencialmente críticas; Adecuar la derivación al siguiente nivel asistencial; Evitar desplazamientos a los pacientes.

#### MÉTODO

Planificación: El proyecto consta de dos fases: 1º Fase: Consulta de Ecografía abdominal y pélvica; 2º Fase: Consulta de Ecografía músculo-esquelética. Crear una agenda específica de ECOSALUD de 10 horas mensuales, repartidas en 2 días con 30 minutos por exploración, con un total de 14 exploraciones mensuales. Cada día de consulta estara dividido en: primeras consultas: 3 y seguimiento de patologia: 4.  
Oferta de servicios: 1ª fase: Ecografía abdominal y pélvica Las situaciones clínicas subsidiarias de derivación desde los médicos de AP a la consulta ECOSALUD incluyen: dolor abdominal; palpación de nódulos masas u organomegalias; sospecha de hepatopatía/patología de páncreas y vía biliar, nefropatía/patología de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1026

### 1. TÍTULO

#### **"ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL**

la vía urinaria y patología ginecológica; estudio inicial de algunos síndromes clínicos, seguimiento de patologías ya conocidas, prostatismo, bolsa escrotal, grandes vasos, tiroides y sistema circulatorio. 2ª fase: Patología musculo-tendinosa

#### INDICADORES

Indicadores de resultado: N° de primeras consultas desde medicos de AP a la consulta de ECOSALUD; N° de consultas de seguimiento desde medicos de AP a la consulta de ECOSALUD; N° de ecografías realizadas al mes en la consulta ECOSALUD; Cursos de formacion anual en ecografía abdominal avanzada por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD; N° de rotaciones de formación por consultas especilizadas en ecografia en Atencion primaria por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD; Evaluación de la adecuación y calidad de la solicitud de la ecografía abdominal en base a motivo de la petición y presencia o no de orientación diagnóstica.

Indicadores de percepción: Encuestas de satisfacción al paciente (dimensión interpersonal y ambiental). DIMENSIÓN INTERPERSONAL: Capacidad para comprender las necesidades del paciente (empatía); Criterio sobre modales y aspecto personal de quien lo atendió; Amabilidad en el trato con el paciente. DIMENSIÓN AMBIENTAL: Tiempo de espera; Accesibilidad; Privacidad; Orden, limpieza, ambiente agradable.

#### DURACIÓN

Duración: Proyecto a largo plazo; Calendario previstos: 1º FASE: Inicio 15 de Mayo de 2019; 2º Fase: Inicio 15 de Octubre de 2019

#### OBSERVACIONES

INCENTIVOS FORMATIVOS: 4 dias de Formación anual para cursos de perfeccionamiento en ecografía avanzada; y 4 dias de rotaciones del profesional por Unidades de Ecografía Hospitalaria/Centros de salud de referencia ecográfica.

#### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO POR LA VIDA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL CASASNOVAS SEVILLANO

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS HIJAR
- Localidad ..... HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL  
CASAMIAN GUERRERO ASUNCION  
GIL MARIN MARIA DEL MAR  
MORT GUIU CARMEN  
BURRIEL AGUDO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al comienzo del proyecto, elaboramos unos carteles informativos que fueron colocados por todo el Centro de Salud y por los lugares más frecuentados de la población. Además se hicieron trípticos informativos que se dejaron en Admisión y por las consultas para favorecer la captación activa. También hablamos con el ayuntamiento, que se encargó de realizar varios pregones desde 15 días antes para invitar a la población a comenzar dicho proyecto. Se dejó un listado para que la Administrativa apuntase a los pacientes interesados, con el fin de revisar su historia clínica y registrar el tipo de antecedentes personales que consideráramos importantes antes de iniciar la actividad.

El 3 de junio, como primer día, se realizó una sesión informativa acerca de cómo se pretendía desarrollar la actividad, la duración, su preparación (ropa cómoda y zapatillas de deporte, botella de agua, calentamientos y estiramientos), el horario en el que se iba a llevar a cabo, etc.

Se aprovechó ese día para tomar la TA, FC, Peso y Talla de los participantes que estaban interesados.

Comenzamos ese primer día con 9 personas alistadas, llegando a alcanzar hasta 16 participantes, a quienes se les tomó las constantes el primer día que acudieron a realizar la actividad.

Se mantuvieron constantes entre 12 y 15 personas en todas las sesiones. Al finalizar la actividad, quedaron 12 participantes ya que por motivos personales, cambios de domicilio u otras circunstancias, el resto tuvieron que abandonar; aunque al hablar con ellos cuando acudieron a consulta, referían interés por la actividad y pretendían que cuando cambiaran sus circunstancias personales volver a reanudar la actividad, tanto por su cuenta como continuar si aún duraba el proyecto.

La actividad se realizó todos los lunes a las 8h con una duración aproximada de 1 hora en la que se andaban aproximadamente unos 5 km. Gracias a que el perfil de los pacientes lo permite, la actividad consistía en la realización previa de un calentamiento, posterior paseos de marcha moderada y finalización con estiramientos. Cada día se realizaba un recorrido diferente. Se comenzó con un recorrido llano para ir incorporando, progresivamente y ajustando a las necesidades, varias cuevas.

Al cabo de 2 meses, se realizó una encuesta en la que se evaluó el grado de motivación de la actividad y se observó una respuesta positiva.

Se realizaron todas las salidas previstas, siendo acompañados normalmente por una Enfermera de Atención Continuada fuera del horario laboral y/o una o varias Enfermeras del Equipo, pertenecientes al equipo de mejora de este proyecto. Excepcionalmente, por motivos organizativos, no fueron acompañados por personal sanitario y uno de los miembros del grupo encabezó las andadas, lo que nos dio la tranquilidad y satisfacción de saber que el proyecto estaba funcionando y estábamos empoderando a los pacientes, quienes se convertían en líderes para continuar cuando dejáramos de acompañarlos.

A mitad de noviembre se les entregó una encuesta para valorar la actividad y el 2 de diciembre se realizó el último paseo y se les tomó de nuevo la TA, FC, Peso y Talla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha aumentado la motivación a la hora de realizar ejercicio físico gracias a las mejoras que han notado en estos últimos meses. Están más concienciados para modificar sus hábitos sedentarios.

En la encuesta de valoración final, se pudo observar que:

En cuanto a la organización de la actividad:

- El 80% estaba totalmente satisfecho con la información que se detalló de la actividad, mientras que el 20% restante estaba bastante satisfecho
- El 90% consideraba que el horario era el totalmente adecuado frente al 10% que estaba bastante de acuerdo
- El 90% consideraba que la facilidad de acceso para realizar la actividad era la adecuada, frente al 10% que la consideraba más o menos adecuada

En cuanto a la evaluación de la actividad:

- El 80% consideró su autoevaluación como asistencia a la actividad como "muy buena" frente al 20% que opinaba que era "buena"
- El 90% opinaron que la actividad respondía totalmente a lo que esperaba de ella frente al 10% que consideró que respondía bastante a lo que esperaba de ella
- Al 90% les pareció una actividad muy motivadora frente al 10% que les pareció bastante motivadora
- Al 100% les gustó totalmente el recorrido de los paseos
- El 90% cree que la actividad se ha ajustado totalmente a sus necesidades frente al 10% que considera que se ha ajustado "lo normal" a sus necesidades.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO POR LA VIDA

En cuanto a la evaluación de los profesionales sanitarios:

- El 100% considera que la valoración general de los profesionales implicados ha sido "Muy buena", el trato con los pacientes "Muy bueno" y la profesionalidad "Muy buena"

En cuanto a la frecuencia de los paseos: el 90% considera que ha sido la adecuada salvo el 10% que incluiría 1 ó 2 días más a la semana.

En cuanto a la calidad de vida: El 40% refieren haberle mejorado muchísimo, otro 40% haberle mejorado ligeramente y un 20% se sienten igual y no han notado ninguna mejoría.

En cuanto a la relación con el resto de los participantes: El 90% refieren que esta actividad le ha ayudado a relacionarse con personas con las que no tenía relación o que tenía muy poca. El 10 % consideran que no les ha ayudado a relacionarse porque ya tenían relación previa.

En cuanto a la realización de paseos previamente: El 70% afirma que salía a pasear antes de iniciar la actividad, frente al 30% que no lo hacía porque no querían ir solos y por falta de motivación.

En cuanto a la continuación de la actividad: El 90% continuará andando y el 10% posiblemente.

En cuanto a continuar con el mismo grupo: El 80% refieren que continuarán quedando para realizar las andadas juntos, frente al 20% que opina que saldrá a pasear pero por su cuenta o con otro grupo.

Los pacientes también valoraron la impresión que les había causado la actividad de forma positiva y con motivación. Escribieron textos subjetivos en los que se apreciaba el matiz de la sensación de pertenencia al grupo, lo que les ayudaba a aumentar la motivación para continuar realizando ejercicio físico, individual pero sobre todo en grupo, y evitar aislamiento social. También se les preguntó cómo mejorarían la actividad y la mayoría respondieron que "aumentar la frecuencia de la actividad" o que "no se podía mejorar nada" .

Se pudo observar también, que la FC se mantuvo similar, pero la TA y el peso disminuyó en todos los participantes, excepto en 2 que tanto TA como peso se mantuvo igual. La pérdida de peso varió desde los 2 kg hasta los 7kg.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad ha tenido una aceptación muy positiva. Los participantes continúan quedando a las 8h de la mañana, en una plaza cercana al Centro de Salud para continuar los paseos. A pequeña escala, se puede demostrar que todos los pacientes que han participado, al disminuir de peso por la realización de ejercicio físico, ha disminuido también la TA, lo que supone un efecto cardioprotector. Además, ha aumentado la motivación al encontrarse mejor y ver los resultados. También, integrantes que padecían de soledad, ahora tienen sensación de pertenencia a grupo y les anima a realizar actividades y salir más a la calle.

Además de realizar los paseos en el mismo horario que se realizaban con el personal del Centro de Salud, han aumentado la frecuencia diaria y/o semanal.

La buena aceptación de este proyecto, podría animar a realizarse en otros pueblos pertenecientes al mismo Centro de Salud.

Ha sido una actividad muy gratificante también a nivel personal y profesional para los profesionales implicados. Ha sido motivador ver la reacción de los participantes así como cada vez se sentían más orgullosos de sus logros, ya que había pacientes que eran incapaces de subir una cuesta sin pararse a descansar o sin fatigarse al inicio y tras varias sesiones, llegaban hasta a encabezar el grupo en varias ocasiones a lo largo del recorrido.

#### 7. OBSERVACIONES.

En colaboración con el CS MUNIESA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1207 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1207

Título  
CAMINANDO POR LA VIDA

Autores:  
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, CASAMIAN GUERRERO ASUNCION, GIL MARIN MARIA DEL MAR, MORT GUIU CARMEN, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Todas las edades

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO POR LA VIDA

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades cardiovasculares, nutricionales y metabólicas  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En Aragón, la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades tienen factores de riesgo no modificables como son la edad, sexo y herencia genética, y factores de riesgo modificables como la hipertensión, diabetes, obesidad, sedentarismo, alcohol, tabaco y colesterol. Sobre éstos últimos son los que se puede actuar, modificando los estilos de vida no saludables.

Una gran cantidad de guías inciden en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de hábitos de vida saludables a través del fomento de la actividad física, entre otros. La inactividad física es uno de los factores de riesgo que causa enfermedades evitables (trastornos cardiovasculares, obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2)

Actualmente, el estilo de vida de la sociedad favorece el sedentarismo, el cual está determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo que se requiere un abordaje multifactorial. En nuestra ZBS esta patología se agrava por la soledad.

El caminar, se considera una de las formas de actividad física que mayores beneficios aporta a la salud. Se trata de una actividad económica, fácilmente adaptable a horarios, que se puede adecuar a las características personales y que no precisa de equipamiento complejo ni instalaciones deportivas.

La pertinencia del proyecto deriva de la necesidad percibida por parte de la población atendida de motivación para caminar individualmente, lo que acaba consecuentemente en sedentarismo repercutiendo negativamente en el estado de ánimo por el aislamiento social que conlleva y en el estado de salud cardiovascular.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar el grado de motivación de la población para la realización de ejercicio físico
- Fomentar la práctica de ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada
- Promover la participación activa
- Mejorar el estado cardiovascular y cardiorrespiratorio
- Mejorar y/o prevenir problemas músculo-esqueléticos
- Mejorar la salud mental
- Ayudar a perder peso o mantenerlo
- Mejorar la calidad de vida a través del ejercicio
- Aumentar la autoestima y mejorar las relaciones interpersonales
- Promover un estilo de vida saludable
- Transformar a nuestros pacientes en agentes activos implicados en el cuidado de su salud, animándoles a continuar con este tipo de actividad sin tutela del personal sanitario

#### MÉTODO

La actividad se realizará los lunes a las ocho de la mañana, con una duración aproximada de una hora.

Empezará la actividad con un calentamiento y finalizará con unos ejercicios de estiramientos

Se realizarán paseos de marcha leve o moderada, en función de la condición física de los participantes

La captación se realizará desde las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria y Atención Continuada.

La actividad se publicitará a través de carteles colocados en el Ayuntamiento, Farmacia, bares del pueblo, Centro de Salud y a través de pregones que realizará el ayuntamiento. Todo ello con unos 15 días de antelación aproximadamente.

Previo a la puesta en marcha de la actividad, se explicará brevemente los beneficios del ejercicio y cómo se ha de ir preparado para realizar la actividad (ropa cómoda, botellín de agua, zapatillas deportivas, protección solar...)

Se colocará una lista en Admisión del centro de salud para que los participantes se puedan apuntar y así poder mirar previamente los antecedentes médicos de cada uno.

Se elaborará una hoja de Registro individual para monitorizar asistencia y constantes (se tomarán el primer día y el último), así como un cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud el cual también se pasará el primer y último día

#### INDICADORES

Cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud el primer y último día de la actividad  
Medición de constantes (PA, FC) y el IMC el primer y último día de la actividad y comparación de resultados  
2 meses después de iniciar la actividad, se pasará una encuesta para medir grado de motivación y recoger sugerencias para mejorar la actividad.

Número de personas que comenzaron y acabaron la actividad

Encuesta de satisfacción al finalizar la actividad.

#### DURACIÓN

El proyecto comenzará en Junio y acabará en Diciembre del 2019. Se pretende que sea un proyecto de continuidad en el que los participantes adquieran un hábito de actividad física continuo sin necesidad de ser tutelados por profesionales sanitarios

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

### 1. TÍTULO

#### CAMINANDO POR LA VIDA

##### OBSERVACIONES

El proyecto puede tener alguna modificación en función de la disponibilidad de los profesionales y condiciones meteorológicas

El proyecto está dirigido a todas las edades, pudiendo acudir niños. Si acuden menores de 12 años, será bajo supervisión de un adulto

##### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MILAGROS CEBRIAN FRANCO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MAELLA  
· Localidad ..... MAELLA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GIMENEZ ANDRES FABIOLA  
JARABA BECERRIL CARLOS  
MIGUEL MENDEZ MANUELA  
PARDOS CAMACHO ANDRES  
GIMENO FELIU CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se imparten talleres a los alumnos de 5º y 6º de primaria en el año 2018, y a los alumnos de 1º y 2º de la ESO del IES BAIX Matarranya en el año 2019.

Se realizan reuniones entre los profesionales que vamos a impartir el taller para preparar las presentaciones y acordar la dinámica de los talleres. Se revisan las últimas recomendaciones de las guías ERC y AHA. Posteriormente contactamos con los colegios para acordar la fecha en la que realizar el taller y con la Unidad de Formación del H. Alcañiz para solicitar los maniqués.

En el año 2018 participaron 45 alumnos de 5º y 6º de Primaria, con edades comprendidas entre 10-12 años. Se realizaron 3 sesiones, una en cada población (Maella, Nonaspe y Fabara).

En el año 2019 participaron 52 alumnos de 1º y 2º de la ESO con edades comprendidas entre los 12 y 16 años. Se imparten 4 sesiones a 4 clases en la misma mañana. En total el taller es impartido a 97 alumnos.

Las sesiones tuvieron una duración de 1.5-2 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato PowerPoint.

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniqués dividiendo los niños en tres grupos (práctica de RCP, posición lateral de seguridad y Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los alumnos, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos. El cuestionario para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas tipo test.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018: Un 53% de los alumnos aprueban el cuestionario previo a la actividad (24 alumnos), el realizado posteriormente a la actividad es aprobado por un 98% de los alumnos. Se considera aprobado contestar 4 preguntas bien. Hay una notable mejoría en los resultados obtenidos: solo 2.2 % de los alumnos tienen 7 o más respuestas bien en el cuestionario previo y en el posterior un 64.4 % de los alumnos tienen 7 o más respuestas bien.

En el año 2019: Un 76% de los alumnos aprueban el cuestionario previo, el realizado posteriormente es aprobado por un 90 %, aprueban todos los alumnos que contestan el cuestionario 47 alumnos, 5 no lo contestan. También hay una notable mejoría de los resultados: solo 9.6% de los alumnos tiene 7 ó más preguntas bien en el cuestionario previo, en el posterior el 82% tienen 7 ó más respuestas bien.

En la encuesta de satisfacción se obtienen buenos resultados en la valoración global del curso (año 2019).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.

Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

En el año 2018 quedó pendiente impartir el taller a los niños de 5º de primaria del CEIP de Maella, ya que por volumen de niños fue impartido solo a los de 6º. Se intentó concretar fecha para el 2019 pero no ha sido posible.

#### 7. OBSERVACIONES.

En el 2018 se produce movilidad del personal del Centro de Salud de Maella, para poder continuar con el proyecto en el año 2019, se modifican los componentes del equipo de mejora. Dejan de formar parte de él:

GIMENEZ ANDRES FABIOLA,  
JARABA BECERRIL CARLOS  
MIGUEL MENDEZ MANUELA.

Se incorporan como nuevos componentes:

GIMENO FELIU CARMEN

Por falta de tiempo no se realizó encuesta de satisfacción a alumnos y profesores en el año 2018. Se manifestó verbalmente.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1173 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1173

Título  
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:  
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

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

#### PROBLEMA

La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica. Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" ("Los niños salvan vidas"), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va destinado a los alumnos ( 9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

#### OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
- Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
- Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
- Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
- Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

##### MÉTODO

- Realización de test para determinar conocimientos previos.
- Sesión teórica sobre RCP.
- Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
- Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
- Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

##### INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
- Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

##### DURACIÓN

- Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
- Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
- Octubre - Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniquies.
- Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

##### OBSERVACIONES

Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

##### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0154

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GIMENO FELIU  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MAELLA  
· Localidad ..... MAELLA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PARDOS CAMACHO ANDRES  
BARBERENA ARANO LOURDES  
CEBRIAN FRANCO MILAGROS  
MACARRON PASCUAL PEDRO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con respecto a las actividades, tuve la incidencia de que por tema de cambio de contrato y de destino, no tenía tiempo de dar las 5 sesiones en 1 hora, así que lo reajuste y dí las sesiones mas extensas pero en 3 días, (dí todo el material programado).

Se impartió en el segundo semestre del año, tal y como estaba previsto, concretamente en la primera quincena de noviembre.

El número de participantes entre personas diabéticas y familiares no tenía que ser superior a 8; de ellas 7 pertenecían a Maella y 1 a Fabara.

A todas las sesiones asistieron las 8 personas seleccionadas.

Como recursos se emplearon la sala de reuniones del Centro de Salud, proyector, ordenador portátil y como herramientas la proyección de power point en cada sesión.

Los contenidos del programa del proyecto fueron:

- Información sobre la diabetes: tipos de diabetes y factores de riesgo.
- Alimentación.
- Ejercicio Físico.
- Complicaciones agudas y Crónicas de la diabetes.
- Pie diabetico.

El primer día antes de iniciar la sesión y tras la presentación se les entregó un cuestionario inicial de 18 preguntas sobre la diabetes con 2 opciones de respuesta de verdadero o falso.

y al finalizar todas las sesiones se les entrego el cuestionario con las misma preguntas para poder luego valorar los conocimientos y si el proyecto había sido efectivo, es decir, habían incrementado sus conocimientos sobre la diabetes de manera que contribuyera a un mejor auto-control de la misma, implicando al paciente y/o familiar en una participación activa en el manejo diario de su patología y de sus complicaciones a corto y largo plazo, mejorando así su calidad de vida.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los resultados alcanzados, se observa respecto a los conocimientos una mejora de los mismos en el cuestionario posterior, ya que en el cuestionario previo acertaron entre el 60-65% de las preguntas y en el cuestionario posterior entre el 90-95% de las preguntas, dando por valido el acertar al menos el 50% de las preguntas en ambos casos.

Cabe destacar la participación en todas las sesiones de todas las personas que realizaron el taller, de manera que se resolvían dudas de forma dinámica y participativa, siendo mucho más ágiles las sesiones.

También cabe destacar como algo muy favorable el hecho de que al terminar la sesión que daba sobre la importancia del ejercicio, salimos a la plaza donde tienen los aparatos para personas mayores y fui explicando los ejercicios que podían hacer con ellos y la importancia de que fueran individualizados, de manera que cada uno marcara su ritmo y fuera consciente de sus limitaciones.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La primera conclusión es que la base previa era buena gracias a las consultas individuales, así que facilita mucho la comprensión y profundización de los temas tratados en las sesiones.

La educación grupal a corto plazo mejora los conocimientos de nuestros pacientes diabeticos.

Si que observé que era importante tener confianza con las personas implicadas, es decir, que me conocieran y se conocieran entre ellas para fomentar un ambiente de confianza y no tener miedo a exponer sus preguntas y dudas. Esta observación la extraigo de que de los 8 participantes, 7 tenían confianza conmigo al pertenecer al mismo centro de salud (Maella) en el que desempeñaba mi puesto de trabajo y 1 venia de otro centro de salud (Fabara) y no me conocía, ni tampoco tenía relación con los de Maella.

También se aprecia que sería conveniente, hacer posteriormente más consultas individualizadas ya que cada uno tenía preguntas concretas sobre su evolución de la enfermedad y al estar en grupo, esas preguntas se quedaron sin respuesta concreta aunque sí indique que lo consultaran con su enfermera.

Como punto positivo, todos/as las participantes manifiestan estar muy satisfechos y recomiendan el seguimiento e implantación del taller, ya que lo consideran muy útil, siendo a su vez la valoración de la docente muy buena.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0154

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Como recomendación, sería bueno si fuese posible que todos los profesionales del centro, tanto enfermería como los médicos de familia, dieran los mismos mensajes comunes para evitar posibles discusiones sobre la manera de controlar la enfermedad y el seguimiento de la misma.

#### 7. OBSERVACIONES.

Ahora estoy en Valderrobles, ¿podría realizar el mismo proyecto, añadiendo las mejoras observadas? gracias

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/154 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0154

Título  
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE MAELLA

Autores:  
GIMENO FELIU CARMEN, PARDOS CAMACHO ANDRES, BARBERENA ARANO LOURDES, CEBRIAN FRANCO MILAGROS, MACARRON PASCUAL PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
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

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbilidad y complicaciones crónicas que conlleva.

Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y familiares, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. Queremos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de su patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar los conocimientos de los pacientes diabéticos de nuestro centro de salud mediante una estrategia de educación grupal que complementa las actividades de educación individual, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes, que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología ocasiona.

Siendo estos los objetivos concretos:

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM.
- Dar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludables.
- Minimizar las complicaciones que puede ocasionar la DM.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.

#### MÉTODO

- Formación/difusión de los contenidos del programa estructurado de educación grupal del servicio aragonés de salud
- Organización General : 5 sesiones anuales participativas de 1 h de duración moderadas por médicos y/o enfermeras del Centro de Salud Maella, Nonaspe y Fabara

El número de participantes no superior a 8 personas, entre enfermos y familiares.

#### INDICADORES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0154

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Evaluación de conocimientos de los pacientes antes y después de la intervención

##### DURACIÓN

5 sesiones anuales participativas de 1 h de duración.  
Inicio segundo semestre del año y fin diciembre del mismo.

##### 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 - 2018/0703

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA RICO GASCON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS  
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

VILLALBA MIR ANA PILAR  
GRACIA CARRASCO ELIAS  
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER  
BORRAZ MIR MARIA PILAR  
TELMO MARTINEZ EVA MARIA  
PITARCH CAÑADA PEDRO  
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En septiembre de 2019, se propone al Colegio Público Valero Serrano de Mas de las Matas, impartir de nuevo las sesiones, pero se llega al acuerdo de impartirlas en primavera o final de curso escolar para que esté más espaciado en el tiempo.

En Octubre nos ponemos en contacto con el CRA Olea, y acordamos con ellos impartir las sesiones en octubre de 2020.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En último trimestre de 2018 se realizaron las sesiones en las diferentes aulas, y dado que el curso escolar es otro, y el acuerdo alcanzado era impartirlas bianualmente, en septiembre decidimos iniciar de nuevo. Tras hablar con los equipos directivos, se acuerda impartirlas de nuevo a final del curso (2019/2020) en colegio de Mas de las Matas, y en octubre de 2020 en el CRA Olea, de esta forma instauramos ya la rueda de bianual, y separamos considerablemente en el tiempo, para poder comprobar si recuerdan conceptos ya impartidos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es difícil coordinar estos proyectos con los colegios llevando curso escolar diferente a nuestro año natural, quizás lo tendríamos que haber tenido más en cuenta e iniciarlo en otra época del año. En 2020 terminaremos de sacar las conclusiones, tras poder valorar si los alumnos que ya habían recibido sesión anterior, recordaban conceptos básicos. De esta forma valoraremos dejar en cartera de servicios estos talleres en nuestras escuelas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/703 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0703

Título  
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:  
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

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

#### PROBLEMA

El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad por lo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica. En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

#### MÉTODO

En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto. Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres. (septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniqués para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.

Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

#### Contenido según grupo de edad:

Grupo de 1-3 años

emergencia

112

¿para que sirve el 112?

¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?

¿desde que telefono puedo llamar?

¿que es una RCP?

Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)

Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convulsiones.

Grupo ( 11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

#### INDICADORES

niños participantes/total de niños entre ambos colegios

niños por escuela/ total de niños de cada escuela

profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

#### DURACIÓN

En el mes de junio se deciden responsables.

Julio y agosto se prepara el taller.

Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703**

**1. TÍTULO**

**TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA**

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

### 1. TÍTULO

#### REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER PEREZ TORRES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS  
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

TELMO MARTINEZ EVA MARIA  
RICO GASCON SILVIA  
GRACIA CARRASCO ELIAS  
MIR SORRIBAS LOURDES  
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL  
CHAVES BERMEJO LORENA  
AZNAR DEL CAZO MARIA ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Reunión formativa para el personal del centro de salud en Mayo 2018.
- 2.- Asignación de personal responsable para la realización de Espirometrías en el centro.
- 3.- Instauración del programa Silbelmed y formación de la responsable en pruebas funcionales de Alcañiz.
- 4.- Se crea la agenda, los miércoles de 10 a 14 horas.
- 5.- Se incide cada 6 meses en la importancia de la captación de fumadores desde Atención comunitaria, y también en los de equipo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En enero de 2019 un 25% de los fumadores entre 40 y 80 años tenían espirometría realizada en los últimos 5 años. En enero de 2020 hemos alcanzado el 37'54% por lo que hemos obtenido una mejora absoluta de un 12'5% en un año. En cuanto a la prevalencia, partíamos en enero de 2019 con una prevalencia de 1'97%, alcanzando un 3'16% a 31 de diciembre de 2019. Así podemos concluir que hemos aumentado la prevalencia en un 1'19%. El total de espirometrías realizadas en 2019 han sido 100, de las cuales han resultado positivas a criterios de EPOC 6, lo cual representa un 6%. Los datos han sido obtenidos del programa OMI.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A lo largo del proyecto nos hemos dado cuenta de que debemos aumentar la captación de fumadores para con ello seguir aumentando la prevalencia de EPOC. Nos encontramos con la situación de que muchos pacientes fumadores son reacios a la realización de la prueba, bien por falta de tiempo o por desconocimiento de su utilidad, lo que nos dificulta la detección precoz. Vamos a seguir con la consulta monográfica de espirometrías, con lo cual seguiremos intentando aumentar la detección y con ello la prevalencia de EPOC de la Zona Básica de Salud.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1236 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1236

Título  
REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Autores:  
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, RICO GASCON SILVIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, MIR SORRIBAS LOURDES, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

### 1. TÍTULO

#### REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC

##### PROBLEMA

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica e irreversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.  
La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona básica de salud es baja, en torno al 2,5% de la población. Muy por debajo de datos medios de prevalencia a nivel nacional, que en el estudio EPI-SCAN 2006/2007 en España según criterios diagnósticos GOLD es del 10,2%, de la población de 40 a 80 años. Así como muy por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud.  
Mejora de los recursos para la realización de espirometrías tanto en el centro de salud de Mas de las Matas como en los consultorios locales de Aguaviva y Castellote.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los datos de prevalencia de pacientes EPOC en nuestro ámbito asistencial mediante la realización de espirometría forzada con prueba post broncodilatadora a pacientes fumadores.  
Población diana: pacientes fumadores, ambos sexos, de 40 a 79 años

##### MÉTODO

Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunion.  
Designar a la persona encargada de realizar espirometría.  
Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del programa Custo,  
Crear consulta específica de Espirometría y su agenda correspondiente.  
Mostrar a los compañeros el documento sobre la metodología e información a los pacientes de la preparación previa a la realización de la prueba, donde se anotará día, hora y lugar del acto, así como un teléfono al que podrán llamar en caso de no poder acudir.  
Captación de pacientes de ese grupo en las diferentes consultas de AP y en A.C.

##### INDICADORES

Aumentar prevalencia de pacientes con diagnostico EPOC de la población de referencia respecto al punto de partida.

Número de espirometrías positivas al criterio EPOC / nº total de espirometrías realizadas.

Fuente de datos para medición de indicadores: Historias de OMI, listados elaborados, registro de la consulta monográfica de espiros.

##### DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales en mayo - junio 2018.  
Desarrollo del proyecto a partir de junio hasta abril del 2019  
En Octubre de 2018 primera valoración de resultados conseguidos

##### 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 - 2018/1421

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANGEL CASTAN BARRIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS  
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

BORRAZ MIR MARIA PILAR  
TELMO MARTINEZ EVA MARIA  
VILLALBA MIR ANA PILAR  
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE  
FERRER DA PENNA MARIA DOLORES  
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER  
MIR SORRIBAS LOURDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO SEGÚN EL CALENDARIO PROPUESTO TRES SESIONES CLÍNICAS (22/7/2019, 21/10/2019 Y 29/11/2019), EN QUE SE HA PRESENTADO LOS RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO.

EL MATERIAL UTILIZADO HA SIDO DOCUMENTACION ESCRITA: EL RESULTADO DE UN MUESTREO DE PACIENTES INCLUIDOS, CON EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DISTRIBUIDO ENTRE MEDICINA Y ENFERMERIA.

EN ESTAS SESIONES:

- SE HA RECORDADO EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.
- SE HA ESTIMULADO LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA.
- SE HA DESTACADO LOS CAMPOS DE ACCIÓN DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.
- SE HA INSISTIDO EN LA IMPORTANCIA DE SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES, POR LO QUE SE HA FOMENTADO LA CREACIÓN DE LISTADOS Y CALENDARIOS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO.
- SE HA SEÑALADO LA IMPORTANCIA DE INCLUIR NUEVOS PACIENTES Y LA DE PRIMAR TANTO LOS ASPECTOS TANTO DE CUANTÍA DE PACIENTES INCLUIDOS COMO DE CALIDAD DE RESULTADOS.
- SE HA CONTADO CON LOS AVISOS DE OMI PARA PACIENTES A INCLUIR Y CON LAS SUGERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEGUN LOS RESULTADOS REMITIDOS POR EL SALUD EN JULIO DE 2019:

- SE HABÍA INCLUIDO EN PROGRAMA EL 31'58 % DE LOS PACIENTES DE LA POBLACIÓN DIANA (GMA>97), SUPERANDO EL ESTANDAR PROPUESTO POR EL SALUD A SEIS MESES DEL CIERRE DEL EJERCICIO. ESPERAMOS QUE HAYA SEGUIDO AUMENTANDO ESTE INDICADOR HASTA FIN DE AÑO.

- EL 79'41 % DE LOS PACIENTES INCLUIDOS TENÍA PLAN DE INTERVENCIÓN.

ADEMÁS SE HA EVALUADO AL FINAL DEL EJERCICIO LOS SIGUIENTES INDICADORES (MUESTREO DE 16 PACIENTES A PARTIR DEL LISTADO DE PACIENTES DEL AÑO ANTERIOR, FUENTE DE DATOS OMI AP, SOBRE UN TOTAL DE UNOS 24 PACIENTES EN PROGRAMA).

- CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICINA, ALGUNAS COMUNES CON ENFERMERIA:

\* SE HA ALCANZADO UN 100 % DE CUMPLIMIENTO EN CRITERIOS DE INCLUSION, ACOGIDA, CLASIFICACION Y PLAN DE INTERVENCIÓN.

\* SE HA CONSEGUIDO UN 86 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE REVISION ESTRUCTURADA DE LA MEDICACION Y CUMPLIMENTACION.

- CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE ENFERMERIA:

\* SE HA ALCANZADO UN 86 % DE CUMPLIMIENTO EN CRITERIOS DE VALORACION SOCIO-FAMILIAR.

\* SE HA CONSEGUIDO UN 34 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA.

\* SE HA LLEGADO AL 18 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE RIESGO DE ÚLCERA POR DECÚBITO.

\* SE HA OBTENIDO EL 16'5 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DL PROGRAMA.

+ EN LAS ACTIVIDADES MENOS EXTENDIDAS SE HA LOGRADO UN 100 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE RIESGO DE DISCONFORT Y DE VALORACIÓN DEL TEMOR.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

AUNQUE QUEDA ESPACIO DE MEJORA, NUESTRA ACTIVIDAD DE MONITORIZACIÓN DE LA IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD ESTA DANDO RESULTADOS.

SE ESTA DESARROLLANDO LA COMUNICACION FLUIDA ENTRE LOS MIEMBROS DEL EAP Y LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1421 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1421

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

### 1. TÍTULO

#### DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Título  
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:  
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, FERRER DA PENNA MARIA DOLORES, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, MIR SORRIBAS LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
NO SE HAN ALCANZADO OBJETIVOS PROPUESTOS EN 2017. NO SE HA DESARROLLADO LA DINÁMICA ADECUADA, DIFICULTAD DE AJUSTAR UN PLANTEAMIENTO TEÓRICO IDEAL CON LA PRÁCTICA DIARIA, DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PCC Y CUIDADORES-SANITARIOS.  
PUNTO FUNDAMENTAL: INTRODUCIR LA DINÁMICA DEL CONTROL PREVENTIVO ANTES QUE LA DINÁMICA DE ATENDER AL PACIENTE DESCOMPENSADO.

RESULTADOS ESPERADOS  
INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.  
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO.  
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES.  
EVITAR INGRESOS.

MÉTODO  
SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.  
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LAS MISMAS.

INDICADORES  
% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA..  
% DE PACIENTES CON PLAN DE ACTUACIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO.  
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES.  
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.  
% DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES AL ALTA.  
% DE PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.  
% DE PACIENTES INGRESADOS/MES.

DURACIÓN  
JUNIO: SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.  
JUNIO-JULIO: PRIMER CORTE DE INDICADORES.  
SEPTIEMBRE: SEGUNDO CORTE.  
ENERO: REVISIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0155

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA RICO GASCON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MAS DE LAS MATAS  
· Localidad ..... MAS DE LAS MATAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TELMO MARTINEZ EVA MARIA  
GRACIA CARRASCO ELIAS  
CHAVES BERMEJO LORENA  
VILLALBA MIR ANA PILAR  
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER  
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE  
BORRAZ MIR MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Febrero convoque una reunión en Comarca del Maestrazgo con trabajadores sociales y servicio de deportes, para explicar el funcionamiento de los Activos en Salud, y para explicarles los pasos a seguir para que los activen en el blog de Atención Comunitaria. En un principio les encanta la propuesta y prometen subir los Activos. Por otra parte se intenta concertar misma reunión en Comarca Bajo Aragón, pero esta es una comarca mayor, y Mas de Las Matas parece que les significamos poco, así que me pongo en contacto telefónico con coordinadora de trabajo social, le explico y le envío por email toda la documentación y el enlace del blog, y me envía al centro de Salud al Coordinador de deporte. Le explico al Coordinador como vamos a funcionar, y como ha de subir los Activos al Blog. En Octubre, se insiste de nuevo a ambas comarcas que con las nuevas actividades del curso nos tienen que subir los Activos para poder recomendarlos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este proyecto es inviable, dependemos de las comarcas para dar de alta los Activos. A mediados de Abril es cuando podemos observar que Comarca del Maestrazgo si ha activado sus activos, pero al funcionar a modo curso escolar, en junio de nuevo aparecen cerrados. En cuanto a Comarca del Bajo Aragón, no han subido en ningún momento ningún activo, a pesar de nuestra insistencia y decirnos cada vez, que lo iban a hacer. En Comarca del Maestrazgo, les recordamos que en Octubre deben de activar de nuevo las actividades, pero a fecha de hoy todavía no están en el Blog. Creo que desde el Centro de Salud poco más podemos hacer respecto a este proyecto.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La coordinación entre todas las entes que trabajamos para la salud de la población es esencial para alcanzar el máximo grado de bienestar de la comunidad. En este caso no ha podido llevarse a cabo dicha coordinación, con lo cual nos vemos abocados a cerrar este proyecto. Por otra parte, sí hemos conseguido que las escuelas de adultos que operan en la zona básica,suban sus actividades, lo cual es de agradecer . Replantearíamos otros proyectos con estas entidades.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/155 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0155

Título  
RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

Autores:  
RICO GASCON SILVIA, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, CHAVES BERMEJO LORENA, VILLALBA MIR ANA PILAR, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, BORRAZ MIR MARI PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0155

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA CRONICA  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: INICIAR A ESTE EQUIPO EN ACTIVOS EN SALUD

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

#### PROBLEMA

En nuestro Centro de Salud vamos a ir cambiando la visión hacia una Atención Comunitaria Basada en Activos, en la actualidad no tenemos mapa de Activos ni Agenda Comunitaria. Vamos a comenzar en este 2019 con La Recomendación de Activos.

En nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), contamos con pequeños núcleos de población, es una zona rural dispersa. Estudiando que activos en Salud tenemos al alcance de todos y de manera prácticamente gratuita, llegamos a la conclusión que desde el servicio Comarcal de Deportes se están ofreciendo numerosas actividades, donde ya hay gente que participa (principalmente mujeres). En nuestra ZBS, trabajan dos comarcas, por un lado La Comarca del Maestrazgo, que lleva Bordón, Castellote y Cuevas de Cañart, y en el resto de municipios son de La Comarca del Bajo Aragón, así que vamos a iniciar en el lugar idóneo para Recomendar Activos, que es la consulta individual de Atención primaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de vida, bienestar físico y emocional de las personas que acuden a las actividades y evitar el aislamiento social.
- Implicar a todo el Equipo de Atención primaria para facilitar la recomendación del uso de recursos comunitarios existentes desde el Equipo de Atención primaria
- Implicar a las comarcas para que introduzcan las actividades en el sistema de Activos de Aragón, y para coordinar un seguimiento de los mismos.

#### MÉTODO

En primer lugar hemos tenido una reunión de equipo para valorar la posibilidad de iniciar la Recomendación de Activos, una vez acordado que seguimos adelante, el primer paso es solicitar una reunión con Trabajadores sociales y coordinadores de deportes de cada una de las Comarcas, para lanzarles la idea y explicarles como introducir los activos a la plataforma de Salud Comunitaria de Aragón. Una vez ellos nos aceptan la propuesta iniciamos nuestro proyecto.

Hemos seleccionado en principio solo 2 de las actividades que ofertan, Gimnasia de Mantenimiento y Tonificación. Desde los servicios de Deportes se encargaran de introducir los activos, pueblo a pueblo, para que podamos realizar correctamente la búsqueda desde la plataforma Omi. Sin este paso, el proyecto no tiene cabida. En las comarcas nos dan un dato importante, y es que a estas actividades por lo general casi todo son mujeres, no participan de la oferta de servicio los hombres. El nexo de unión entre Atención primaria y Servicio comarcal de deportes será Enfermería y la figura del Coordinador de deportes que podrá delegar en los monitores de dicha actividad. La población a la que vamos a dirigir estos activos serán personas mayores de 50 años con alguna patología crónica, ya sea física o social. Se realizará la recomendación en la consulta programada de enfermería o medicina, sacaremos 2 copias de la recomendación para poder llevar un registro externo a Omi y para informar también al servicio de deportes, indicando a quien hemos recomendado, y así nos pueda llevar un seguimiento de su asistencia.

El día en que realicemos la recomendación les pasaremos un pequeño cuestionario de entrada, donde registraremos constantes, pasaremos la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, y unas preguntas de lo que esperan de dicha actividad, de si la conocen, y si ya están acudiendo a ella. A finales de año los citaremos para realizar similar cuestionario añadiendo, grado de satisfacción con la actividad .

#### INDICADORES

- N° de pacientes que hemos dado la recomendación/ n° de pacientes que realmente han acudido a la actividad.
- N° de mujeres que hemos dado la recomendación /n° de mujeres que acuden a la actividad.
- N° de hombres que hemos dado la recomendación /n° de hombres que acuden a la actividad.
- N° de pacientes que han acudido a la actividad donde se confirma mejoría de su salud(mejoran ctes, disminuye la ansiedad o depresión, o expresan mejoría y satisfacción con la actividad)/ n° de pacientes que participan.

#### DURACIÓN

Iniciamos en Enero de 2019 con las reuniones de equipo y a continuación con las Comarcas. Esperamos que para Marzo ya tengamos estas actividades como Activos en Salud en la plataforma, en ese momento realizaremos una sesión clínica de la manera de registrar en Omi la actividad, y como imprimir la Recomendación, indicando a quien comunicar en comarca que lo hemos derivado. Estas actividades tienen inicio a principios de curso escolar, es decir, son desde octubre a junio, con lo cual para ser valorable y ya que nos estamos iniciando, lo vamos a extender hasta julio de 2020, realizando una memoria a finales de este año para hacer el seguimiento del proyecto.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0155**

**1. TÍTULO**

**RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS.  
¿COMENZAMOS?**

OBSERVACIONES

Cabe destacar que estas actividades llevan un coste asociado que lo marca cada una de las Comarcas y se refleja en El Activo de Salud.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MUNIESA  
· Localidad ..... MUNIESA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FESSENDEN GOMEZ JESSICA  
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL  
MALLEN EDO MARTA  
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE  
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Somos dos profesionales las que realizamos la consulta, una médica y una enfermera. Para poner en marcha la consulta tuvimos que formarnos en el tema del tabaquismo, para ello la profesional de medicina se formó asistiendo al programa APTA con la Dra Lourdes Clemente, y realizando el curso "IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTAS ESPECÍFICAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA" realizado por el SALUD, y la profesional de enfermería asistiendo a consulta de tabaquismo del Hospital Rojo Villanova y realizando master de deshabituación tabáquica por Universidad Católica de Murcia.

Se revisó bibliografía y protocolos existentes en las consultas de deshabituación tabáquica para la realización de un cronograma de citas

Realización de la redacción de las instrucciones técnicas necesarias para realizar la consulta y el seguimiento de la misma

Difusión de la consulta con colocación de carteles informativos en el centro de salud, consultorios locales y tiendas de la zona. Se involucró a todo el personal del Centro para que intentaran captar fumadores aprovechando cualquier visita o consulta.

Inicio de la consulta en noviembre de 2018

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han pasado por la consulta un total de 14 pacientes de los 105 que aparecen en OMI, de los cuales, de momento, han dejado de fumar 3 (21%), han abandonado el programa 9 (64%), y 2 de ellos se acaban de incorporar a la consulta y no los podemos valorar todavía (14%).

De los pacientes que de momento no fuman, dos han seguido tratamiento con vareniclina (67%) y uno lo ha hecho sin medicación (33%).

De los que siguen fumando, sólo uno estuvo 6 meses sin fumar y después presentó recaída (11%). Estuvo en tratamiento con vareniclina, pero sólo lo tomó un mes. El resto no llegaron a dejar de fumar, dos de ellos fumaron a la vez que tomaban medicación (22%).

INDICADOR:  $\frac{3}{105} \times 100 = 2.85\%$

Entendemos que pese a nuestro esfuerzo no hemos conseguido el estándar marcado que era del 5%, no obstante consideramos que 3 pacientes que han abandonado el tabaco son un logro. Los indicadores se han conseguido del listado de la Cartera de Servicios de nuestro Centro de Salud que aparecen en OMI.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha costado mucho poner en marcha la consulta debido, sobre todo, a la falta de pacientes por la poca motivación de los mismos.

La mayoría no aceptó tratamiento de deshabituación, sobre todo por el precio elevado del mismo. Hemos notado que desde el 1 de Enero, fecha en que ha comenzado a subvencionarse el tratamiento para la deshabituación tabáquica, ha habido un repunte de pacientes. Han venido a consulta dos que están en fase inicial y está citado un tercero.

Consideramos que es un proyecto de gran impacto en la comunidad debido a las consecuencias directas del tabaco sobre la salud de la población, tanto directa como indirectamente.

Seguiremos con el desarrollo de la consulta monográfica en el centro de salud de Muniesa incidiendo en el aumento de la motivación poblacional.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Nuestra obligación como sanitarios es insistir a los pacientes en la importancia de abandonar el hábito tabáquico, para ello tenemos que aprovechar cualquier motivo de consulta, en medicina o enfermería

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1256 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1256

Título  
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:  
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, FESSENDEZ GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO, VILLANUEVA VACA ALEX, ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE, SANCHEZ GIMENO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: EPOC, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PROCESOS NEOPLÁSICOS RELACIONADOS CON EL TABACO  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
En nuestro centro de salud, pese a tener en el contrato de gestión una buena puntuación en el ítem de intervención sobre los fumadores, no conseguimos el abandono del hábito tabáquico en los mismos. Las posibles causas que hemos encontrado son la falta de conocimientos y de interés del personal sanitario, falta de motivación de los pacientes fumadores y falta de un responsable capaz de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica. Las consecuencias son muy importantes para la población afectada, ya que tienen un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, EPOC, neoplasias...

RESULTADOS ESPERADOS  
Pretendemos aumentar la tasa de abandono de tabaquismo para disminuir la prevalencia de EPOC, el riesgo cardiovascular, la incidencia de procesos neoplásicos relacionados con el tabaco y disminuir el porcentaje de fumadores pasivos relacionados con el mismo. La actividad va dirigida a todos los pacientes fumadores de nuestra Zona Básica de Salud excepto los pacientes con cardiopatía isquémica, con patología psiquiátrica, incluida depresión, los fumadores de distintas sustancias al tabaco, que serán susceptibles de tratamiento en la unidad de tabaquismo del Hospital de Alcañiz

MÉTODO  
Implementar una consulta de deshabituación de hábito tabáquico en nuestro centro, para ello nos vamos a implicar todo el personal que formamos parte del equipo para la captación de los fumadores y posteriormente, evaluación, tratamiento y seguimiento por parte de las personas encargadas de la consulta, que serán un médico y un enfermero/a. Vamos a hacer cursos de formación sobre este tema y reuniones trimestrales para exponer las carencias del programa y valorar cambios y logros obtenidos

INDICADORES  
INDICADOR: % de personas que han dejado de fumar  
FÓRMULA:  $\frac{\text{Nº personas fumadoras que han dejado de fumar}}{\text{Nº fumadores existentes en el momento de poner en marcha el proyecto e incluidos en el programa}} \times 100$   
Frecuencia de medición: Anual  
Estándar 5%  
Fuente: Listado de pacientes incluidos en el programa de atención al fumador de OMI

DURACIÓN  
• Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2018  
• Recogida de información de los listados existentes: Junio 2018  
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2018  
• Difusión y puesta en marcha: Octubre-Noviembre 2018

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256**

**1. TÍTULO**

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD**

. Duración: anual, renovable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1277

### 1. TÍTULO

#### CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... JESSICA FESSENDEN GOMEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MUNIESA  
· Localidad ..... MUNIESA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MALLE EDO MARTA  
VILLANUEVA CABRERA ALEX  
BOZAL LAHOZ CRISTINA  
NONAY LA CRUZ MARIA VICTORIA  
SALESA ALBALATE ALBERTO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunion inicial para la creacion del grupo de trabajo el primer cuatrimestre 2019  
- Exposición en el consejo de salud a los alcaldes de la zona, asociación de amas de casa, colegio y AMPA de la nueva creación de la agenda comunitaria y solicitud de actividades de su interés  
- 20 de Mayo, reunion-taller por parte de la direccion para la creacion de una agenda comunitaria para todo el EAP en las instalaciones del CS Muniesa  
- Creación de la agenda comunitaria y solicitud de publicación en la web en el segundo cuatrimestre 2019  
- Recomendaciones del activo de salud que tenemos actualmente en el centro: Consulta de deshabitación . Previo a esto se ha colgado en la web de activos y se encuentra ya publicado como activo en la zona de salud de Muniesa  
No se realiza los activos de paseos saludables ya que la actividad al final no se ha llevado a cabo  
- Publicacion en la web de agendas comunitarias de la agenda comunitaria del CS Muniesa

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tenemos publicado 1 activo de salud integrados en el mapa de activos de omi/ no total de activos de salud existentes en la zona, actualmente faltarian de localizar mas activos de salud para poderlos implementar, por lo que el resultado del indicador seria 1

Del activo prescrito a la consulta de deshabitación se derivaron 7 pacientes, de los cuales 1 no llevo a ir a consulta, lo cual creemos que es un buen resultado dada la escasa población de la zona de salud

La satisfacción del equipo de atención comunitaria se evaluó en una reunión conjunta, llegando a la conclusión de que podríamos haber realizado mas captación de activos, pero es una zona de salud que por envejecimiento, inmigración y numero de población no permite mucho mas

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha quedado pendiente publicar en el mapa de salud de la zona mas activos de salud y poner en marcha la actividad de paseos saludables, también decir que dicha actividad se vino realizando durante el 2018 y aun hay un pequeño grupo de personas que siguen realizándolo pero. de forma esporádica, por lo cual no podemos hacer la prescripción del activo hasta que no este mas consolidado  
El resto de las actividades las hemos llevado a cabo según calendario y estamos satisfechos con el resultado

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1277 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1277

Título  
CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

Autores:  
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, ESPIN GALLARDO RICARDO, FERREIRA PAESA JORGE, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1277

### 1. TÍTULO

#### CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Siguiendo la Estrategia de Atención comunitaria de Aragón, hemos decidido crear un grupo de agentes de salud comunitarios dentro del EAP del CS Muniesa. Hemos realizado una revisión del mapa de salud de Aragón viendo los determinantes de salud más importantes de la zona. La promoción de la salud es un pilar importante de la sanidad, debemos optar por ver al paciente desde un modelo biospsicosocial y tratar a la comunidad. Hay que trabajar desde la consulta pero mirando a la calle, y eso es lo que nos hemos propuesto hacer. Actualmente no disponemos de agenda comunitaria ni de mapa de activos, aunque bien es cierto que desde el centro de salud hemos ido realizando diversas actividades comunitarias pero sin darles visibilidad. Así mismo, hemos detectado que la comarca ofrece activos de salud para los habitantes, muchos de ellos desconocedores por parte del EAP.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear un grupo de trabajo de actividades comunitarias, implicando al mayor número de profesionales tanto del equipo de atención primaria como del equipo de atención continuada.
2. Recoger e integrar en el mapa de activos de Aragón todos los activos de salud existentes en la Comarca para que puedan ser recomendados desde las consultas a través de omi ap
3. Recomendación de dos activos de salud existentes en el centro de salud: consulta monográfica de deshabituación tabaquica y paseos saludables, pudiéndose ampliar el número de recomendaciones de activos si fuese necesario

#### MÉTODO

- Reunión inicial para la creación del grupo de trabajo el primer cuatrimestre 2019
- Captación de activos de salud de la zona, con ayuda de la trabajadora social, asociación de amas de casa, ayuntamientos y la comarca... vía telefónica y por email
- 20 de Mayo, reunión-taller por parte de la dirección para la creación de una agenda comunitaria para todo el EAP en las instalaciones del CS Muniesa
- Creación de la agenda comunitaria, segundo cuatrimestre 2019
- Reuniones mensuales del grupo de trabajo.
- Recomendaciones de los 2 activos de salud que tenemos actualmente en el centro: Consulta de deshabituación y paseos saludables, registrando y utilizando la herramienta de omi-ap

#### INDICADORES

- nº de pacientes a los que se les prescribe el activo de salud/nº de pacientes que la realizan
- nº de activos de salud integrados en el mapa de activos de omi/ nº total de activos de salud existentes en la zona
- Evaluación de la agenda comunitaria por parte del grupo de trabajo, según su satisfacción en el proyecto mediante encuesta

#### DURACIÓN

Durante el año 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA DEL GALLEGO MOLIAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS VALDERROBRES  
· Localidad ..... VALDERROBRES  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GRANERO LAZARO CARMEN  
GIMENO BALLONGA ANA  
ZAPATER MONSERRAT MATILDE  
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL  
DOMINGO NOVELLA PABLO  
SAURA MESTRE LIDIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos entre 3-4 Sesiones Clinicas al año recordando al equipo como van nuestros Indicadores y en que podemos mejorar nuestra Practica Clinica. Ademas solventamos entre todos posibles dudas al manejar el Cuadro de Mandos. Diabetes, continuamos con la consulta de Diabetes Martes y Jueves de 13,30-15,00h.. Taller de Espirometrias los lunes de 9-11h.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

	Año 2019	Año 2018	
Intervencion Tabaco		80,5	69,61
Riesgo Cardiovascular		75,75	69,01
EPOC Sintomas	84,78	31,37	
Captacion Dependiente		11,87	9,72
Norton	87,7	77,27	
Deteccion Tabaco	55,58	44,76	
Diabetes Pie de Riesgo		73,61	44,49
Primovacunacion	93,94	97,78	
EPOC Vias Aereas	69,57	25,49	
Valoracion Riesgo de Caidas		90,38	88,1
Valoracion Zarit	84,44	62,5	
Prevalencia de EPOC	1,77	2,02	
Diabetes Revision Glicada		76,95	45,63
Prevencion de Accidentes		68,18	64,63
Diabetes Conocimientos		82,22	43,09
Polimedicado	73,61	40,27	

Datos Obtenidos del Cuadro de Mandos comparando los años 2018 y 2019 segun los Objetivos del Contrato de Gestion de AP.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este Año 2019, nos hemos esforzado mucho todo el Equipo del Centro de Salud y nos hemos involucrado para conseguir mejorar nuestros Indicadores lo que se ha visto reflejado en casi todos los Datos de los Indicadores mejorando considerablemente. Finalizamos ya nuestro Proyecto aunque continuaremos trabajando para intentar mejorar los Objetivos del Contrato de Gestion.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1458 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1458

Título  
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:  
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

##### TEMAS

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

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

##### PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

##### MÉTODO

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.  
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora  
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.  
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1c se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.

Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

##### INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

##### DURACIÓN

Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora  
Enero 2017: Evaluación del proyecto

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

### 1. TÍTULO

#### GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

---

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO  
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este es un proyecto que nació para tratar de incrementar la prevalencia de EPOC en el sector, que, según el cuadro de mando, en 2016 estaba en 2,5%. Posteriormente el proyecto fue ampliando su alcance para intentar mejorar globalmente el proceso de prevención y diagnóstico de la EPOC, realizando actividades específicas formativas sobre la identificación y registro de fumadores, así como sobre la intervención tabáquica. También, con la introducción de indicadores sobre el plan de cuidados de enfermería en EPOC se realizaron actividades formativas específicas en las que se abordó el interrogatorio y registro de los síntomas, así como el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas. Se compraron espirómetros para todos los centros de salud y se han realizado actividades formativas sobre la realización de espirometrías, centralizando en una o dos enfermeras por centro la realización de espirometrías, y sobre el registro de los resultados de espirometría en OMI-AP

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al terminar 2019, el 29,3% de los fumadores entre 40 y 80 años tienen espirometría realizada en los últimos 5 años (Al inicio del proyecto en Enero de 2017 estábamos en un 16%). Aunque la mejora absoluta ha sido de un 13% en tres años, y obtuvimos una mejora significativa en el inicio después de la compra de espirómetros, a partir del Verano de 2018 el resultado ha sido decepcionante ya que nos hemos estancado mejorando un 4% en año y medio. Parece que se hacen más espirometrías en los pacientes con síntomas. Estratificando por edad observamos que se han más espirometrías a los pacientes fumadores más mayores (60-80 años) con un cumplimiento del 35,89% que a los fumadores más jóvenes (40-60) con un cumplimiento 10 puntos menor (26,75). Es precisamente en este grupo de edad donde es más importante la detección precoz, donde menos se realiza.

La prevalencia de EPOC según el cuadro de mando está en 2,42% cuando en Diciembre de 2016 estaba en 2,57%. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este indicador no mide realmente prevalencia, sino que solo entran en el numerador los pacientes EPOC que han acudido al centro en el año anterior. Por otra parte, al revisar con OMI-est los diagnósticos EPOC observamos quedan fuera todos los diagnósticos EPOC que no tienen registro de Tiffenau en el diagnóstico; teniendo en cuenta que, tradicionalmente, en la mayor parte de los diagnósticos de especializada no se ha informado de este dato, el resultado es que la mayoría de los diagnósticos de especializada se quedan fuera el indicador. Con los datos de un cupo de AP, si incluyéramos los pacientes de especializada que se han quedado fuera la prevalencia estaría ligeramente por encima del 5%, es decir el 50% de la prevalencia esperada según EPISCAN, infradiagnóstico que no anda lejos de la diferencia de la prevalencia real de diabetes, según cuadro de mando, respecto de la cobertura esperada de diabetes en el estudio di@betes.

Mejores resultados se han obtenido en los indicadores de prevención de EPOC, donde la actividad de detección de fumadores ha pasado de un 41,83% en 2017 a un 49,67% en 2019 (hemos pasado de ser el sector que menos preguntaba al tercer mejor sector), aunque en el año 2019 no hayamos mejorado los resultados de 2018 (mejora absoluta 7,8%). Es de resaltar que, a pesar de este incremento en la actividad de detección, el indicador de intervención sobre el tabaco en pacientes fumadores haya crecido durante este período, desde un 50,48% en 2016 a un 63,96% en Diciembre de 2019 (60,91% en 2018).

Resultados en planes de cuidados de EPOC: limpieza ineficaz de vías aéreas 44,6% (40,32% en 2018), síntomas 48,43% (40,2%).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención sobre el diagnóstico de EPOC mediante la compra de espirómetros en todos los centros, formación a enfermería en realización de espirometrías, actividades de formación sobre detección precoz y prevención de la EPOC y la monitorización con feedback trimestral de los indicadores han producido un efecto moderado alcanzando techo en tres años. Las espirometrías se hacen más en pacientes con síntomas, y en pacientes de más edad, en lugar de en jóvenes que es donde más indicado estaría la adopción medidas preventivas. No llega a calar la indicación de espirometría en pacientes en riesgo.

El indicador de prevalencia de EPOC de cuadro de mando infravalora la prevalencia real de EPOC ya que está dejando fuera a los pacientes diagnosticados en especializada. Estos datos bajos de prevalencia EPOC puede que estén desincentivando la actividad de detección precoz de EPOC.

Teniendo en cuenta que todos estos indicadores ya forman parte de los indicadores de salud y están en el contrato programa cerramos este proyecto ya que va ser monitorizado como parte de la actividad de implantación del contrato programa de ahora en adelante,

#### 7. OBSERVACIONES.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1115

Título  
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:  
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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

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

PROBLEMA  
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS  
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO  
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).  
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.  
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES  
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.  
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años  
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años  
Aclaraciones:  
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.  
2.El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN  
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.  
-La formación en espirometrías ya se ha realizado  
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre  
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES  
Fuente de Datos: OMI-AP  
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017  
Límite Inferior 20%  
Límite superior 30%

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES LLORENS PALANCA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
DELGADO MONJE ANGELA  
ENA BENLLOC SARA  
GIL MORALES PATRICIA  
BIDZINSKA ANNA IRENA  
TORO SEGOVIA MARITZA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se inició en 2016 con la elaboración de un protocolo de screening de cáncer de cérvix para el sector Alcañiz, consensado con el servicio de ginecología del Hospital de Alcañiz y matronas de atención primaria, que incluye la introducción de la determinación del VPH de acuerdo con las líneas estratégicas del SALUD. Se cubrió la plaza de matrona de Cantavieja que estaba pendiente de reestructuración. Se realizó difusión a los centros de salud para que los médicos de atención primaria derivaran a la matrona y no a ginecología y se colgó el protocolo en nuestra intranet.

Incluimos en el acuerdo de gestión de los centros y en la valoración individual de las matronas el indicador: % de pacientes entre 35 y 65 años a las que se ha realizado al menos una determinación VPH/ citología en los últimos 5 años.

En el mes de junio de 2019 se cerró la consulta de planificación familiar, pasando la actividad de screening de cáncer de cérvix, que realizaban en la consulta a las matronas de Atención Primaria.

En el año 2019 tras los traslados cambiamos la mayor parte de las matronas de nuestra plantilla, habiendo mantenido reuniones formativas con las nuevas matronas. La matrona del sector que atiende Valderrobres y Calaceite, al no disponer de un espacio físico para su consulta, es, en estos momentos, la única que no realiza citologías y se derivan a Ginecología. Actualmente se está realizando una reforma del centro de salud de Valderrobres, por lo que esperamos que este problema quede resuelto a finales de Enero.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el 2016 cuando nos planteamos el proyecto partimos de los datos obtenidos en el 2015 que eran un 23,65% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 28,83% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

Los resultados del año 2016 fueron poco significativos con un discreto aumento, ya que se trabajó en la elaboración del protocolo con el servicio de ginecología y se seguía sin disponer de una matrona siendo los resultados de un 23,91% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 29,19% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2017 los resultados obtenidos ya se observa una mejoría siendo un 26,59% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 34,84% entre las mujeres entre 35 y 65 años, considerando que el proyecto debe continuar ya que se introduce en ese momento la determinación del VPH.

En el año 2018 los resultados siguen mejorando siendo un 33,03% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 37,10% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2019 los resultados siguen siendo satisfactorios superando el sector el estándar del 40% que nos habíamos propuesto para la determinación del VPH. los resultados han sido de un 35,89% de citologías realizadas en Atención Primaria entre mujeres entre 25 y 34 años y un 42,40% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro programa ha mejorado sensiblemente las coberturas en los dos indicadores establecidos observándose una progresión continua e una implicación total de las matronas.

También hemos observado un alto porcentaje de funcionarias que utilizan el sistema privado de salud, por lo que esas pacientes se nos están quedando fuera.

El tener un protocolo disponible en la red, monitorizar el indicador, cubrir plaza de matrona vacante y realizar difusión entre los equipos de atención primaria han sido suficiente para poner en marcha el circuito y mejorar los indicadores de cobertura de screening de cáncer de cérvix en el sector de Alcañiz.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1116

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:  
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada  
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).  
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica  
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.  
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.  
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos  
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.  
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

#### MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.  
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.  
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.  
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

#### INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes  
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS  
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116**

**1. TÍTULO**

**ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ**

Fuente de Datos: OMI-AP  
Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

**DURACIÓN**  
Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.  
Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 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 - 2018/0068

### 1. TÍTULO

#### ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación. Elaboración de criterios de indicación
- o Difusión en junta técnico asistencial
- o Revisión de todas las peticiones solicitadas por Atención Primaria en dirección de Atención Primaria. Rechazo de las que no cumplen criterios, adjuntando a la respuesta negativa los criterios de petición de resonancia del sector.
- o Monitorización y registro de la actividad de revisión en Dirección de Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2019 se han solicitado 719 RMN en Atención Primaria, de las cuales se han rechazado 34 y se han realizado 685, es decir que nuestro indicador "% de RMN solicitadas y rechazadas" obtiene un resultado del 4,73% muy por debajo del estándar del 20% que nos habíamos propuesto. La tasa de rechazo fue mucho mayor en los primeros meses del año: de Enero a Mayo se rechazaron el 13,8% de las peticiones, desde el mes de mayo a Diciembre solo se rechazaron el 1,83% de las peticiones. De las solicitudes, un 27% fueron indicadas por atención especializada a través de interconsulta virtual (fundamentalmente Unidad de Musculo esquelético, con un 25,76% de todas las solicitudes del ejercicio). Si consideramos la tasa de RMN por 100000 habitantes nos da en este momento una tasa por 100000 habitantes de 1044 (sin ajustar por cobertura). A final de año 2018 la tasa de Aragón fue de 1224, por lo que consideramos que cumplimos el objetivo que nos habíamos previsto, a la espera de los resultados de Aragón de 2019. Si tenemos en cuenta nuestro histórico, se ha pasado desde 1193 RMN realizadas en 2016 (que fue el año que se introdujeron las RMN en atención primaria en nuestro sector) a 719 en 2019, por lo que creemos que hemos conseguido el objetivo de ofertar la RMN en Atención Primaria ajustando la demanda por debajo del promedio del SALUD.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras un intento de introducir la petición de RMN, en 2016, con un protocolo de petición de RMN cuya implantación no fue monitorizada, obtuvimos una tasa de petición de RMN por 100000 habitantes muy superior a la tasa de petición en Aragón, y la impresión de que no se estaban cumpliendo los criterios de petición. En 2019, la reelaboración del procedimiento de petición de resonancias junto con la interconsulta virtual de especializada y la autorización de las peticiones por parte de dirección ha conseguido reducir el número de peticiones de RMN por debajo de la tasa de solicitudes de RMN del SALUD con una baja tasa de rechazo. Aunque al principio la tasa de rechazo fue elevada, a partir del segundo trimestre la cifra fue testimonial. La supervisión desde Dirección del cumplimiento de criterios de petición de resonancia se ha mostrado muy efectiva y el coste del tiempo de revisión es asumible, por lo que, aunque el proyecto finaliza, vamos a seguir revisando las peticiones desde la Dirección de Atención Primaria, reduciendo la actividad de monitorización y registro al control trimestral de las cifras de petición.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/68 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0068

Título  
ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:  
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCANIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068**

**1. TÍTULO**

**ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.  
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

**MÉTODO**  
- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación  
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación  
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector  
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

**INDICADORES**  
% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

**DURACIÓN**  
Marzo-Abril: establecimiento de criterios  
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

**OBSERVACIONES**  
El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

### 1. TÍTULO

#### PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA TURON ALCAINE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LABRADOR FUSTER TOMAS  
CASANOVA ESTEBAN PAOLA  
ARTAJONA RODRIGO ESTER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se ha finalizado el proceso de atención a la insuficiencia cardiaca en colaboración con la dirección de Atención Primaria del sector Calatayud y los servicios de cardiología del Hospital Miguel Servet y Calatayud y se ha pasado revisión externa por compañeros del sector III y se ha compartido con los sectores II, III y Teruel.

Se ha modificado el informe de laboratorio de NT pro BNP incluyendo el punto de corte para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Por razones relacionadas con las fechas de resolución del concurso de traslados hemos tenido que retrasar la difusión del proceso en los centros de salud que hemos comenzado a realizar en Enero de 2020 estando previsto llegar a todos los centros.

Se han colgado en OMI AP los documentos de "Hoja de monitorización para pacientes", "Instrucciones para pacientes con insuficiencia cardiaca" y el cuestionario PREDIMED.

Hemos creado un proceso de transición de los pacientes ingresados desde el hospital a Atención Primaria, creando una consulta monográfica de insuficiencia cardiaca en la unidad de cronicidad del hospital, para ser desarrollada por una enfermera con competencias avanzadas en cuidados de insuficiencia cardiaca. Su misión es iniciar la educación del paciente y su familiar para conocer su enfermedad, reconocer los síntomas de alarma y las recomendaciones de autocontrol y autocuidados. Antes de salir de alta el paciente, la enfermera llamará a la enfermera de atención primaria responsable del paciente y le comunicará el plan de cuidados y el nivel de conocimientos adquiridos. Se valorará la efectividad de la intervención monitorizando la tasa de reingresos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía estamos difundiendo en los centros de salud, dado que los traslados se han resuelto muy tarde y no teníamos que esperar a tener las plantillas estables antes de difundir. El proyecto ha tenido demanda en otros sectores del SALUD.

Por razones estratégicas, por el momento no se pueden incluir los formularios propuestos en OMI-AP, lo que hemos paliado colgando documentos en las plantillas de OMI.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va despacio y esperamos concluirlo en 2020 si no aparecen nuevos problemas estructurales.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/74 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0074

Título  
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:  
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

### 1. TÍTULO

#### PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

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

#### PROBLEMA

En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redundará en que se diagnostique y trate tardíamente.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.  
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.  
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

#### MÉTODO

Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos irá orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.  
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca  
Formación en los centros de salud.

#### INDICADORES

- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

#### DURACIÓN

- Abril - Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

### 1. TÍTULO

#### ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... DAP ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO  
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES  
TURON ALCAINE JOSE MARIA  
VERDE SANZ GUAYENTE  
RECHE SABATER ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta el proyecto en los centros de salud entre marzo y junio 2019, y en la junta técnico asistencial del Sector de junio se presenta nuevamente y se resuelven las cuestiones, dudas, etc de los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP.

En marzo 2019, se hace la primera extracción de datos de los pacientes con prescripciones activas de antidiabéticos no insulínicos:

- BDU: características o variables sociodemográficas (CIAS, EAP, edad y sexo).

- Módulo de historia farmacoterapéutica electrónica: código principio activo, nombre principio activo, fecha inicio tratamiento, fecha fin tratamiento, dosis, posología, código nacional, nombre comercial del medicamento, código CIAP y diagnóstico asociado a cada tratamiento.

- Nomenclator: DDD principio activo, dosis, unidad dosis, unidades por envase.

- DATA farmacia y OMI AP: filtrado glomerular de los últimos doce meses (marzo 2018 - febrero 2019), fecha, valor filtrado glomerular, unidades, y casilla vacía en aquellos pacientes que no dispongan del dato (fecha y/o valor).

Se obtienen datos de 4601 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. De 1044 pacientes no disponemos del dato de filtrado glomerular en OMI-AP. Se solicita al servicio de informática una extracción del dato en Omilab@. Casualmente se cambia el programa de Omilab a Modulab en marzo-abril 2019 y no se pueden recuperar los datos anteriores. Esto obligaría a tener que consultar uno a uno en HCE si ese dato está o no. Ante la dificultad por el elevado número de pacientes, se contacta nuevamente con los coordinadores médicos (correo-e y sesiones) y se les indica que soliciten y registren el dato de FG de estos pacientes. Se volverán a extraer datos de Modulab en septiembre 2019. Finalmente, de 4601 no disponemos de datos de 861 pacientes ni en OMI ni en HCE. En octubre de 2019, se envía a los médicos de los 861 pacientes una nota para que soliciten a lo largo del último trimestre de 2019 el dato de FG.

En octubre 2019, se diseñó el formato con la propuesta de modificación de tratamiento de los pacientes por cupo, en los que sería recomendable sustituir algún fármaco por contraindicación, reducir la dosis o ampliar el intervalo entre dosis. También se seleccionó la bibliografía con la que se ha trabajado para ofrecer esta propuesta de modificación de tratamiento.

Debido a las dificultades para obtener los datos, y el tiempo transcurrido desde la primera extracción, en enero 2020 se realiza una nueva extracción global para actualizar los datos y hacer el corte definitivo con datos del año 2019 completo.

Los pacientes de los que no dispongamos los datos tal y como se reflejan en el proyecto, serán excluidos del estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto continúa en 2020. No disponemos de los datos definitivos. Pendiente de la segunda vuelta y de la valoración de la aceptación de las recomendaciones ya emitidas.

Primera vuelta:

? El 24,5% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses

? El 18,7% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.

? El 30% presentan inadecuación de dosis o contraindicación. De estos, el 16% tienen algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo se ha llevado a cabo conjuntamente entre los Sectores de Alcañiz y Barbastro, resultando clave para abordar los retos, problemas, etc. que se han planteado en cada lugar y pudiendo ofrecer la solución más adecuada. Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

### 1. TÍTULO

#### ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/5 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0005

Título  
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ)

Autores:  
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, LLORENS PALANCA DOLORES, VERDES SANZ GUAYENTE, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

En Atención Primaria (AP) es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados.  
La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedición.  
La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbimortalidad asociada. Los aspectos a considerar son:  
- Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.  
- Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR). Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en AP cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...).  
Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

#### RESULTADOS ESPERADOS

? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del Sector de Alcañiz.  
? Promover la correcta dosificación de los fármacos en pacientes con IR.  
Objetivo secundario  
? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

#### MÉTODO

Se comunicará en junta técnico asistencial, comisión de diabetes y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos. La farmacéutica de atención primaria (FAP) realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además, junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR. El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

#### INDICADORES

Fuente datos: receta electrónica.  
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y FG < 60 ml/min en los últimos 12 meses.  
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y sin datos de FG en los últimos 12 meses.  
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos e inadecuación de dosis o contraindicación.  
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

### 1. TÍTULO

#### ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

containdicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

#### DURACIÓN

Enero - diciembre 2019.

Revisión por CIAS, elaboración de los informes de recomendaciones y envío: febrero y mayo.

Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos AP: marzo - abril.

Seguimiento y asesoramiento FAP: marzo-noviembre.

Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos: marzo-noviembre.

Evaluación final: noviembre-diciembre.

Responsable: FAP de Alcañiz.

#### 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 - 2018/0356

### 1. TÍTULO

#### ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALFONSO CAY DIARTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZORRAQUINO PINA ESTEFANIA  
SIMON PORTERO SARA  
ESCARTIN GARCIA ESTRELLA  
MARCO CANO JOSE LUIS  
VILLARROYA MARTINEZ MARTA  
MARTINEZ MOLINER ROCIO  
ARIAS MUNOZ VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha asistido a distintas actividades de formación impartidas por ICSA.
- Se han elaborado 29 procedimientos y formatos de Nivel II y III.
- Se ha dado difusión a través de Intranet Salud Aragón
- Se ha realizado una Auditoría interna y una Externa (ENAC).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfactorios ya que se ha conseguido la acreditación ENAC según la Norma 15189

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considerará que se ha conseguido una mejora en la estandarización y homogeneización, control de calidad de los resultados y aseguramiento de la mejora de estos mediante la participación en controles de calidad externos.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/356 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0356

Título  
ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA

Autores:  
CAY DIARTE ALFONSO, SIMON PORTERO SARA, ESCARTIN GARCIA MARIA ESTRELLA, MARCO CANO JOSE LUIS, VILLARROYA MARTINEZ MARTA, MARTINEZ MOLINER ROCIO, ARIAS MUÑOZ VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Necesidad del Servicio de A. Patológica de recuperar la acreditación según la norma ISO 15189 ya alcanzada con anterioridad en citología cervicovaginal y citología genera y suspendida por falta de personal facultativo. En principio se va a aprovechar el apoyo de ICSA dentro del contrato realizado por la central de compras con Agilent, para intentar acreditar el cáncer de mama y la citología cervicovaginal, en paralelo con ptros laboratorios de A. Patológica del Servicio Aragonés de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

### 1. TÍTULO

#### ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA

Se espera conseguir la trazabilidad y calidad en los alcances a acreditar con el fin proporcionar a los clínicos la información necesaria para aplicar el tratamiento más adecuado y una valoración pronóstica y predictiva.

#### MÉTODO

Contacto personal con los servicios implicados en la obtención y transporte de las muestras así como con aquellos que aunque no están directamente relacionados con la obtención de las muestras, sí que los están con el tratamiento.

Para ello es fundamental la participación activa en el Comité de Cáncer de Mama y con el Servicio de Ginecología y Microbiología.

En principio los recursos utilizados tanto personales como materiales serán los que ya dispone nuestro Servicio con la posibilidad nuestro servicio.

#### INDICADORES

Los indicadores están pendientes de evaluación y serán los mismos que se planteen para el resto de Servicios del Salud.

#### DURACIÓN

Todavía no hay una fecha prevista para el inicio y finalización del proyecto. Pendientes de reunión con la entidad de apoyo ICSA.

#### 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 - 2018/0149

### 1. TÍTULO

#### REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BONO LAMARCA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA  
CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN  
FRAGA MILIAN MARI CRUZ  
GASCON POLO MARIA PILAR  
OLIVER MARIN LAURA  
ABIZANDA MARTINEZ MARTA  
MAMPEL ROYO NIEVES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REMITO EN PRIMER LUGAR A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE LA MEMORIA INICIAL DEL PROYECTO. MONITORIZACION Y ANALISIS DE TIEMPOS QUIRURGICOS, ANALISIS Y CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS, CLASIFICACION DEL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA Y LA POSIBLE MODIFICACION DE LA MISMA SEGUN TIEMPO QUIRURGICO DE LA MISMA. REALIZAR UNA MEJOR CLASIFICACION DE:, PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, POSICIONES, TIPOS DE ANESTESIA, ETC; DADO QUE LA MODIFICACION DE ALGUNOS ITEMS DE LA HOJA Y LA SUPRESION DE LOS QUE SON INNECESARIOS NOS PERMITEN UNA MONITORIZACION MAS CLARA DE TODOS ELLOS

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

TRAS LA ELABORACION DE LA HOJA, PROCESO ANALIZADO EN LA ANTERIOR MEMORIA PRESENTADA. HEMOS OBSERVADO, EN EL MUESTREO Y ANALISIS REALIZADO DE LOS DATOS QUE CONTIENE LA HOJA, QUE SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS QUE NOS HABIAMOS PROPUESTO.(AUMENTAR EL RENDIMIENTO QUIRURGICO) TODO ELLO AVALADO CON RESULTADOS ESTADISTICOS RECOGIDOS EN LA ANALISIS DE ACTIVIDAD QUE REALIZA CONTROL DE GESTION.

TODO ELLO SE TRANSCRIBE EN UN AUMENTO CONSIDERABLE DEL RENDIMIENTO TOTAL DE QUIROFANOS.: 2019 2018 2017

RQ% TOTAL 70,5% 64,4% 53,6%  
RQ% QUIRÓFANO 73,2% 67,0% 56,4%  
RQ% mañanas 73,8% 67,2% 56,7%  
RQ% tardes 68,3% 54,3% 56,4%  
RQ% LOCALES 55,2% 48,8% 37,6%

TAMBIÉN ;AL TENER MEJOR MONITORIZADOS TODOS LOS ITEMS PROPUESTOS Y MEJOR CONTROLADOS LOS TIEMPOS QUIRURGICOS, SE HA LOGRADO AJUSTAR LAS NECESIDADES ANTIBIOTICAS QUE CONTROLAN EL N° DE INFECCIONES QUIRURGICAS, AL MISMO TIEMPO, SE HAN PODIDO CLASIFICAR MEJOR EL TIPO DE CIRUGIA (LIMPIA, LIMPIA-CONTAMINADA, SUCIA,...) DE ACUERDO CON LOS TIEMPOS REALES DE CIRUGIA.(HORA INCISION/HORA CIERRE)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HA SIDO UN PROCESO LARGO, TANTO LA ELABORACION DE LA HOJA, COMO MUESTREO Y ANALISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS. A PESAR DE SER LABORIOSO, HA SIDO MUY GRATIFICANTE EL VER QUE LOS DICHOS DATOS REFLEJAN UNA MEJORA EN EL RENDIMIENTO QUIRURGICO, ASI COMO DE LOS TIEMPOS QUIRURGICOS Y POR LO TANTO DE OCUPACION DE LOS QUIRÓFANOS, ASÍ COMO TAMBIEN DE OTRAS ACTIVIDADES COMO CLASIFICACION DEL TIPO DE CIRUGIAS, ETC.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/149 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0149

Título  
REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Autores:  
BONO LAMARCA MARIA TERESA, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, CALDU AGUD MARIA CARMEN, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, GASCON POLO MARIA PILAR, OLIVER MARIN LAURA, ABIZANDA MARTINEZ MARTA, MAMPEL ROYO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA QUIRURGICA  
Línea Estratégica ..: Eficiencia

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

### 1. TÍTULO

#### REMODELACION Y ACTULIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO YA QUE SE HAN DETECTADO FALLOS EN LOS INDICADORES DE HORA QUE NO REFLEJAN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA REAL. ASI COMO IOROS INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE SE QUEDAN OBSOLETOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS REALIZADAS

**RESULTADOS ESPERADOS**  
REGULAR EL SISTEMA DE INDICADOR DE HORARIOS QUE REFLEJEN TIEMPO REAL DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS.  
ACTUALIZAR INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS  
REUNIFICAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA REALIZADA AL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚGICO

**MÉTODO**  
ELABORAR UN SISTEMA DE MEJORA DE INDICADOR DE TOMA DE HORARIOS DE OCUPACION DE ACTIVIDAD QUIRURGICA.  
ELABORACION DE LISTADO DE CLASIFICACION DE PASICIONES, Y DE IDENTIFICACION DE TIPO DE CIRUGIA(LIMPIA, SUCIA, CONTAMINADA, ETC)  
CLASIFICACIÓN DE TIPO ANESTESIA REALIZADA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.  
SISTEMA DE IDENTIFICACION DE FARMACOS UTILIZADOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA REALIZADOS SOBRE EL PACIENTE  
ACTUALIZAR ITEMS DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUE SE COMPLEMENTE CON EL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA  
COMPLEMENTAR HOJA DE ENFERMERÍA QUIRURGICA CON LA DE LA SALA DEL DESPREPTAR

**INDICADORES**  
DISPONIBILIDAD HOJA, FACIL ACCESO  
MEJORAS EN EL % DE OCUPACION DE QUIRÓFANO Y ACTIVIDAD QUIRURGICA.  
ACCESIBILIDAD Y FACILIDAD DE INDICADORES DE ACTIVIDADES REALIZADAS

**DURACIÓN**  
ENERO 2018--NSTITUCIÓN DEL GRUPO  
FEBRERO- JUNIO--ELABORACION DE LA HOJA  
JUNIO- NOVIEMBRE--DIFUSION E IMPLANTACIÓN  
DICIEMBRE --EVALUACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0468

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BONO LAMARCA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO  
· Sector ..... ALCANIZ

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

INSA FANLO ANDREA  
PASTOR LOU ENCARNA  
LOSCOS GARCIA ANA BELEN  
ZARATE MONTAÑES MARIA DEL CARMEN  
ABIZANDA MILIAN GLORIA  
PELLICER PIQUER JOSEFINA  
ESTEBAN GASCON ROSA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Discusión e intercambio de formas de trabajo entre las profesionales del servicio  
Plasmar de forma protocolizada las funciones de tcae dentro del bloque quirúrgico: funciones de tcae generales y específicas dentro del bloque.  
Protocolizar funciones y actividades de tcae según intervenciones.  
Elaboración y actualización de protocolos  
Elaboración de manual de acogida, reuniendo los protocolos elaborados  
Formación de nuevos profesionales dentro del bloque

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Conseguir criterios unificados.  
DISMINUCION % DE ELEMENTOS DE QUIROFANO QUE ESTAN SUCIOS O SE QUEDAN SIN LIMPIAR  
DISMINUIR % DE VECES QUE NO SE ENTRAN CESTILLAS Y/O SE QUEDAN CARROS SIN LIMPIAR  
Efectividad - eficiencia del trabajo realizado  
Seguridad para el paciente ya que siempre se procede de forma reglada, REDUCIR %VECES QUE EL PACIENTE ENTRA A QUIROFANO SIN VER ANTES Y/O QUITAR EL PAÑAL  
Grado de satisfacción en profesionales tanto eventuales como de nueva incorporación AL TENER ESTANDARIZADAS Y PROTOCOLIZADAS LAS FUNCIONES

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al realizar estos protocolos nos hemos dado cuenta de las mejoras que habia que realizar en nuestra forma de trabajo, así como la unificación de la misma por parte de todos los tcaes fijos y eventuales de nuestro servicio.  
Los defectos en la forma de trabajo de los profesionales de nueva incorporación, en sustituciones y correturnos, de acuerdo a los protocolos de actuación dentro de nuestro servicio., : como por ejemplo en el orden de limpieza de los utensilios utilizados dentro de quirófano (de más limpio a más sucio), (de arriba abajo), AL NO SEGUIR ORDEN EN OCASIONES SE QUEDAN BISTURIS, LAMPARAS SIN LIMPIAR; realización de desinfección de quirófano y despertar a primera hora de la mañana; acogida de pacientes en la exclusiva de camas; SE QUEDAN PACIENTES SIN QUITAR PAÑAL Y HAY QUE QUITARLOS UNA VEZ ESTA EN LA MESA QUIRURGICA (CON EL RIESGO QUE ELLO SUPONE) protocolizar actuación tcae en cada intervención ; TODOS ELLOS HAN SIDO SUBSANADOS EN GRAN MEDIDA  
COMO CONCLUSION PODRÍAMOS DECIR QUE AL UNIFICAR, PROTOCOLIZAR Y ESTANDARIZAR LA FORMA DE TRABAJO Y TAREAS DE LAS TCAES, HA SUPUESTO UNA MEJORA IMPORTANTE EN NUESTRO SERVICIO, Y PARA LOS PACIENTES PUESTO QUE SE HA OBSERVADO UN MAYOR RENDIMIENTO EN EL TRABAJO REALIZADO (TODO EL MUNDO SABE O QUE TIENE QUE HACER EN CADA MOMENTO)

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/468 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0468

Título  
ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:  
BONO LAMARCA MARIA TERESA, INSA FANLO ANDREA, ZARATE MONTAÑES MARIA DEL CARMEN, PASTOR LOU ENCARNA, ESTEBAN GASCON ROSA, LOSCOS GARCIA ANA BELEN, ALBAJEZ MOLIAS EVA MARIA, PELLICER PIQUER JOSEFINA

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0468**

**1. TÍTULO**

**ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN ELBLOQUE QUIRURGICO**

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA-EFICACIA

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

PROBLEMA

DICHO  
PROYECTO ESTA JUSTIFICADO, YA QUE SE HAN DETECTADO DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES DE TCAES QUE VIENEN DE NUEVO AL SERVICIO, O LAS QUE NO TRABAJAN DE MANERA HABITUAL EN EL.  
ASÍ TIENEN UN MANUAL DE PROTOCOLOS DE TRABAJOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO QUE LES SIRVA DE APOYO PARA CUANDO VENGAN A TRABAJAR, TANTO SI SON DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.

RESULTADOS ESPERADOS

UNIFICAR  
CRITERIOS DE TRABAJO, Y PLASMARLOS PROTOCOLIZADOS, TANTO LOS GENERALES COMO LOS ESPECIFICOS DE CADA INTERVENCION PARA QUE ESTE SEA MUCHO MAS EFICAZ.  
RECORDATORIO DE LAS FUNCIONES DE TCAE EN EL B.Q., PARA LAS TCAES QUE TRABAJAN EN EL.  
MANUAL DE APOYO TRANSCRITO PARA TCAES DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.  
CON ELLO SE PRETENDE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO TRABAJO

MÉTODO

REUNIONES  
DIVERSAS PARA COTEJAR CRITERIOS DE TRABAJO ENTRE NOSOTRAS, ACTUALIZANDO TAREAS SEGUN DEMANDA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN NUESTRO SERVICIO.  
INCORPORACION PROTOCOLIZADA DE NUEVAS TAREAS, DE ACUERDO CON NUEVAS INTERVENCIONES Y TECNOLOGIAS, QUE SE PRACTICAN EN NUESTRO SERVICIO.  
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS.  
REALIZACION DE MANUAL DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS

INDICADORES

DISPONIBILIDAD  
DE PROTOCOLOS, FACIL ACCESO.  
MEJORAS EN LAS TAREAS A REALIZAR  
MEJORAS EN LA ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD ASISTENCIAL.  
MEJORAS EN LA COLABORACION CON LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PROFESIONALES QUE TABAJAN EN NUESTRO SERVICIO.\*\*\* LAS FUNCIONES Y ACCTIVIDADES A REALIZAR

DURACIÓN

ENERO CONSTITUCION DE GRUPO. PLAN DE TRABAJO  
FEBRERO -ABRIL RECOGIDA DE DATOS Y ELABORACION DE PROTOCOLOS. ABRIL MAYO, ELABORACION DE MANUAL.  
A PARTIR DE MAYO PUESTA EN MARCHA  
DICIEMBRE EVALUACION

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 - 2019/0472

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE GARCIA CABAÑERO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO  
· Sector ..... ALCANIZ

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

ALTABA SANZ BEATRIZ  
BEGUERIA PALACIOS ISABEL  
BONO LAMARCA MARIA TERESA  
FRAGA MILIAN MARIA CRUZ  
GASCON POLO MARIA PILAR  
TOBENAS ZAFORAS CRISTINA  
ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Este proyecto se inicio en Enero de 2019.
- En primer lugar, se creó un grupo de trabajo con la finalidad de revisar y actualizar los protocolos (tanto de cirugía como de anestesia y reanimación) ya existentes en el bloque quirúrgico del Hospital Comarcal de Alcañiz.
- Dado que son muchas las técnicas quirúrgicas que se realizan en este hospital, se decidió que la duración de dicho proyecto sería de 2 años.

En el año 2019 se llevaría a cabo la revisión y actualización de los protocolos de las especialidades de OFTALMOLOGÍA, GINECOLOGÍA Y CIRUGÍA.

- Se numeraron todas las técnicas quirúrgicas y anestésicas que se realizan en dicho hospital.
- Se establecieron unos puntos comunes a tratar en dichas técnicas como son:
  - Definición del procedimiento a realizar y en que consiste la técnica quirúrgica.
  - Tipo de anestesia.
  - Preparación del quirófano antes de iniciar la intervención quirúrgica y de que el paciente entre en él.
  - Preparación del paciente una vez dentro de quirófano.
  - Necesidades materiales (instrumental y fungible, suturas y material opcional).
  - Técnica a seguir.
- Se llevó a cabo la distribución de dichos protocolos en un total de 4 grupos de trabajo.
- Pasado un tiempo prudencial, estos protocolos se pusieron en común con todas las integrantes de los grupos de trabajo para discusión y mejora de los mismos.
- Posteriormente fueron impresos y archivados por orden alfabético siguiendo un índice alfabético.

Cada una de estas especialidades ocupa una carpeta que se halla en el despacho de supervisión de enfermería y a las que todo el personal que trabaja en el bloque quirúrgico tiene acceso en todos los turnos de trabajo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Ha quedado confirmado el uso de dichas carpetas tanto por el personal de nueva incorporación como por el personal que habitualmente trabaja en el bloque quirúrgico del Hospital de Comarcal de Alcañiz.
- Como en dichos protocolos consta el material que se va a emplear, e incluso el opcional, se tienen preparadas todas las opciones y de esta manera se agilizan los procedimientos quirúrgicos.
- Aumento de la seguridad del paciente ya que se procede a la actividad de una manera reglada.
- Por todo ello se ha apreciado:
  - % de aumento de efectividad en el trabajo, dado que el personal de enfermería no deja lugar a la improvisación y antes de llevar a cabo las intervenciones saben en que se basa cada una de ellas.
  - % de disminución de gasto de fungible dado que se conoce a priori el material que se va a utilizar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Dado que el bloque quirúrgico de este hospital, es un servicio que recibe constantemente personal de nueva incorporación que carece de experiencia en dicha actividad, nos hemos dado cuenta, y este personal nos lo ha hecho saber, que la existencia de estos protocolos les son muy útiles para la preparación de cada una de las intervenciones quirúrgicas a las que se van a enfrentar. Esto les otorga mayor seguridad y confianza en si mismos y en la posibilidad de realizar adecuadamente su trabajo.
- Igualmente disminuye considerablemente el grado de estrés que puede aparecer al enfrentarte a una cirugía nunca vista y desconocida.
- Las recomendaciones que vamos a seguir son las de actualizar periódicamente dichos protocolos porque las técnicas quirúrgicas varía constantemente.
- Quedan pendientes de realizar para el año 2020 los protocolos de OTORRINOLARINGOLOGÍA, UROLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0472

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/472 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0472

Título  
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:  
GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA,  
ALTABA SANZ BEATRIZ, ESPINAL HERNANDEZ ANDREA, GASCON POLO MARIA PILAR, BEGUERIA PALACIOS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA-EFICACIA

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

PROBLEMA  
SE HA DETECTADO, AL SER UN SERVICIO MULTIDISCIPLINAR, LA NECESIDAD DE PROTOCOLIZAR Y ESTANDARIZAR CADA INTERVENCION SEGUN ESPECIALIDADES. DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO TAMBIEN, YA QUE SE HAN DETECTADO DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES DE DUES QUE VIENEN DE NUEVO AL SERVICIO, O LAS QUE NO TRABAJAN DE MANERA HABITUAL EN EL. ASÍ TIENEN UN MANUAL DE PROTOCOLOS DE TRABAJOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO QUE LES SIRVA DE APOYO PARA CUANDO VENGAN A TRABAJAR, TANTO SI SON DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.

RESULTADOS ESPERADOS  
UNIFICAR  
CRITERIOS DE TRABAJO, Y PLASMARLOS PROTOCOLIZADOS, TANTO LOS GENERALES COMO LOS ESPECIFICOS DE CADA INTERVENCION PARA QUE ESTE SEA MUCHO MAS EFICAZ.  
RECORDATORIO DE LAS FUNCIONES DE DUE EN EL B.Q., PARA LAS DUES QUE TRABAJAN EN EL.  
MANUAL DE APOYO TRANSCRITO PARA DUES DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.  
CON ELLO SE PRETENDE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO TRABAJO

MÉTODO  
REUNIONES  
DIVERSAS PARA COTEJAR CRITERIOS DE TRABAJO ENTRE NOSOTRAS, ACTUALIZANDO TAREAS SEGUN DEMANDA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN NUESTRO SERVICIO.  
INCORPORACION PROTOCOLIZADA DE NUEVAS TAREAS, DE ACUERDO CON NUEVAS INTERVENCIONES Y TECNOLOGIAS, QUE SE PRACTICAN EN NUESTRO SERVICIO.  
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS.  
REALIZACION DE MANUAL DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS

INDICADORES  
DISPONIBILIDAD  
DE PROTOCOLOS, FACIL ACCESO.  
MEJORAS EN LAS TAREAS A REALIZAR  
MEJORAS EN LA ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD ASISTENCIAL.  
MEJORAS EN LA COLABORACION CON LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PROFESIONALES QUE TABAJAN EN NUESTRO SERVICIO.\*\*\* LAS FUNCIONES Y ACCTIVIDADES A REALIZAR

DURACIÓN  
ENERO CONSTITUCION DE GRUPO. PLAN DE TRABAJO

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0472**

**1. TÍTULO**

**ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO**

FEBRERO -ABRIL RECOGIDA DE DATOS. A PARTIR DE ABRIL ELÑABORACION DE PROTOCOLOS POR FASES Y ESPECIALIDADES, INICIO DE ELABORACION DE MANUAL

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 - 2018/0299

### 1. TÍTULO

#### RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BLASCO GIL  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ UBIETO FERNANDO  
ALBIAC ANDREU MANUEL  
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA  
GASCON FERRER ISABEL  
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO  
GRACIA ROCHE CARLOS  
ALMEIDA PONCE HELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

DESDE EL INICIO DE ESTA ACTIVIDAD SE HAN MICROPIGMENTADO UN TOTAL DE 9 PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

TODAS LAS PACIENTES HAN QUEDADO SATISFECHAS TRAS LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA Y SOLAMENTE UNA DE ELLAS PRESENTÓ SIGNOS DE IRRITACIÓN LEVE QUE CEDIERON CON TRATAMIENTO LOCAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA INCLUSIÓN DE ESTA TÉCNICA HA SUPUESTO UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN CUANTO A LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO QUE OFRECEMOS A LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA SINO ADEMÁS UNA MEJORA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS MISMAS

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/299 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0299

Título  
RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Autores:  
BLASCO GIL SILVIA, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GRACIA ROCHE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) es el organismo especializado en cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos que nos ofrece su informe GLOBOCAN 2012, publicado en el año 2014, son los más actualizados a nivel mundial sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por los 28 tipos de cáncer más frecuentes de 184 países. Sitúan al cáncer de mama como el más frecuente en mujeres en España (1). Una mujer diagnosticada de una neoplasia maligna de mama no sólo se enfrenta al proceso de superar un cáncer, con todo lo que ello implica, si no que ve afectada su propia condición de mujer por la íntima relación que esta guarda con el pecho. El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional(2).  
La detección cada vez más precoz y los avances en las técnicas oncoplásticas para el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, han permitido disminuir las repercusiones psicosociales tras la cirugía al permitir preservar el pecho en muchos de los casos. Sin embargo, quedan cicatrices y no sólo en la piel. En algunos casos no es posible preservar el complejo areola-pezones (CAP) viéndose afectada la imagen de la paciente, y

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

### 1. TÍTULO

#### RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

por tanto su autoestima.

Existen diferentes métodos para la reconstrucción del CAP y conseguir así el mejor resultado posible tras la cirugía. Entre ellas, y es la que proponemos en este proyecto, se encuentra el tatuaje del mismo mediante técnica de micropigmentación, por los buenos resultados estéticos que se consiguen, mejores costes frente a otras técnicas y la baja morbilidad de la misma(3).

Becker fue el primer cirujano que introdujo la técnica del tatuaje para la reconstrucción de NAC en 1986 y Spear lo popularizó en los años siguientes. Actualmente, los equipos técnicos ofrecen resultados de alta calidad aunque es probable que se pierda algo de pigmentación a lo largo del tiempo, y es posible que se requieran algunos retoques (4)

La micropigmentación de la areola y el pezón el punto final de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama. La micropigmentación oncológica, es un tatuaje intradérmico que ayuda a recuperar el aspecto de la areola definitiva tras una reconstrucción mamaria.

El objetivo es la creación de areolas en los casos en los que no se haya podido preservar el CAP de la paciente, camuflar cicatrices postoperatorias, corregir asimetrías entre ambos pechos o, simplemente, dar color. De ese modo conseguimos devolver a la mama reconstruida un aspecto lo más natural posible y conseguir simetría con la mama contralateral, potenciando la autoestima de la paciente. Lo cual le permitirá llevar desde una perspectiva más optimista el duro trance que supone sufrir un cáncer de mama y el tratamiento del mismo.

1. GLOBOCAN 2012. International Agency for Research on Cancer. Disponible en:

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

2. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la mama. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid 2006. Aran Ediciones S.L.

3. Goh S.C.J., Martin N.A., Pandya A.N, Cutress R.I. Patient satisfaction following nipple-areolar complex reconstruction and tattooing. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011):64; 360-363

4. Nimboriboontorn, A, Suebwong Ch. "Nipple-Areola complex reconstruction". Gland Surgery 3.1 (2014): 35-42. PMC . Web. 16 de enero de 2018.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral con el objetivo de reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social).

Favorecer el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima.

#### MÉTODO

Micropigmentación del complejo areola pezón y camuflaje de cicatrices postoperatorias.

#### INDICADORES

- Número de pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que no se les ha podido preservar el CAP/ Número total de pacientes intervenidas de cáncer de mama x 100

- Número de pacientes a las que se les ha realizado micropigmentación del CAP/ Número de pacientes candidatas a micropigmentación del CAP x 100

- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100

- Grado de satisfacción de la paciente

#### DURACIÓN

Técnica que ya se realiza en el servicio y con duración indefinida.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MAURAIN VILORIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

APARICIO ARTAL CARLOS  
ALSINA PUJOL MONTSERRAT  
YAYA BEAS MANUEL  
MATA MARTIN JOSE MARIA  
IGADO INSA PILAR  
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN  
IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. INTRODUCCION

Una vez establecido el nuevo protocolo de actuación en los pacientes intervenidos de PTR, vamos a analizar los resultados obtenidos.

Para ello, además de valorar los resultados globales, dividiremos a los pacientes en dos grupos: los que fueron intervenidos en 2015, en los que no se había implantado el protocolo, y los que han sido intervenidos en 2019, en los que éste, ya está totalmente desarrollado. Obviamos los años intermedios por ser periodos en los que alguna cosa se iba implantando pero no en todos los casos ni en todos los pacientes.

POBLACIÓN DIANA

El protocolo se aplicará a todos los pacientes mayores de 18 años, que ingresen de forma programada para tratamiento quirúrgico de su gonartrosis mediante PTR.

2. PAUTAS DE ACTUACION EN EL PACIENTE QUE INGRESA

A su llegada a planta, al paciente se le deberá actualizar la historia clínica que se le realizó en las consultas externas y comprobar que el preoperatorio está completo.

En todos los casos estudiados se ha comprobado la realización completa de todos los pasos. En ambos grupos a estudio

VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERIA

- Valoración física, social y cognitiva.  
- Gráfica de tratamiento ( fluido terapia, tratamiento IV y tratamiento oral).

SONDAJE VESICAL

En el grupo de pacientes intervenidos en 2019 ha dejado de ser un proceso protocolizado, y únicamente se aplica en retenciones agudas de orina o necesidad de control estricto de la diuresis.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Desde el verano de este año 2019, y para mejorar el protocolo de profilaxis antibiótica, que indica que debe ser realizada media hora antes de la intervención, ha dejado de pasarse la antibioterapia IV en la planta, para pasarse con el paciente una vez ha llegado quirófano, y cumplir de esta manera estrictamente con los tiempos indicados.

PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA

Realizada en todos los casos, en los dos grupos de pacientes

PROTOCOLO AHORRO DE SANGRE PREOPERATORIO

Se han cumplido en todos los pacientes intervenidos en 2019 las actuaciones preoperatorias de ahorro de sangre.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Producto Secuencia  
HIERO III SACAROSA 20MG/ML IV A las 21 horas  
Acido Fólico 5mg. comp. A las 16 horas  
ENOXAPARINA Clexane 40 mg SC A las 22 horas  
Lorazepan 1mg. com Si precisa  
Omeprazol 20 mg. comp a las 20 horas

#### 3. PROFILAXIS ANTIBIOTICA

##### PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Cefazolina 2 gr IV 30 minutos antes de la intervención y 1 gr cada 8 horas durante 24 h (total 3 dosis postintervención)

En alérgicos: Clindamicina (Dalacin) 600 mg. IV + Gentamicina 1,5 mg/k IV 30 minutos antes de la intervención y cada 8 horas .

Desde hace varios años, y habiendo pasado diversas revisiones en la Comisión de Infecciones de nuestro hospital, este protocolo sigue siendo válido no solo para nuestro Centro, sino para todos los Servicios de Traumatología de la Comunidad de Aragón.

Sigue haciéndose en todos los pacientes sin excepción, por lo que en este apartado, no hay ninguna variación en nuestros dos grupos de pacientes.

#### 4. PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA

Este apartado también lleva instaurado en el hospital, y en la Comunidad de Aragón mucho tiempo, sin que hasta la actualidad haya motivo para cambiarlo.

En nuestros pacientes, los dos grupos, se ha cumplido en todos, tanto las medidas no farmacológicas, movilización precoz y medias de compresión cuando había problemas previos de retorno venoso en extremidades inferiores, como las medidas farmacológicas:

ENOXAPARINA (Clexane) 40 mg subcutáneos

Comenzar al menos 12 horas antes de la intervención.

Al alta, se mantendrá durante 30 días

En el caso de los pacientes con profilaxis antitrombótica previa: Se ha suspendido su tratamiento habitual 1 semana antes de la intervención, y se ha reemplazado por enoxaparina 40 mg. SC cada 24 h.

#### 5. PROTOCOLO AHORRO DE SANGRE

##### PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE PARA INTERVENCION DE PTR

- Preoperatorio: Hierro intravenoso: 2 ampollas de Venofer (200mg) intravenosas, en 250cc de suero fisiológico a pasar mínimo en treinta minutos cada 48 horas; en total 3 dosis (calcular déficit y aumentar dosis si precisa).  
-Intraoperatorio: Utilización de ácido tranexámico intraarticular. 3 gr/100 ml que serán administrados, la mitad en irrigación tras la colocación de la prótesis y la otra mitad a través del drenaje después de cerrar. El drenaje permanecerá cerrado durante 2 horas.  
Postoperatorio: Mantener la volemia con cristaloides y coloides.

Trasfundir concentrados de hematíes en el caso de:  
Hb < 8g/dl en paciente previamente sano.  
Hb < 9 g/dl en paciente con antecedentes cardiopulmonares.  
Hb < 10g/dl en paciente con descompensación cardiopulmonar.

Este protocolo se empezó a instaurar a mediados de 2017, y quedó establecido totalmente desde 2018, por lo que en todos los pacientes en los que médicamente estaba indicado, se ha utilizado ácido tranexámico intraarticular.

En los pacientes intervenidos en 2015, la medida de ahorro de sangre era la colocación de drenajes de recuperación y autotransfusión, que se debía realizar en las 6 primeras horas tras la colocación de la PTR.

En los pacientes del grupo de 2019 en los que estaba contraindicada la administración de ácido tranexámico, se ha recurrido a los recuperadores de sangre.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

##### 6. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

De nuevo, el protocolo que se comenzó a instaurar en 2018, se ha cumplido en todos los pacientes intervenidos a partir de esa fecha.

Producto Secuencia  
Glucosalino 500 cada 6 h  
Potasio Cloruro 1mEq/ml. Amp 10ml cada 6 h  
Furosemida 20 mg IV si precisa  
Ondansetron 4mg IV si

Sacado de Farmatools. Protocolo postoperatorio de cirugía protésica.

##### POSTOPERATORIO

DIA 0:  
Oxígeno con gafas a 1-3 litros/minuto para sat. de oxígeno mayor o igual a 94.  
Diuresis: mañana-tarde-noche.  
Tensión arterial:M-T-N. Si es inferior a 130, NO DAR ANTIHIPERTENSIVOS.  
Cursar analítica a las 20 h y dos días después.  
Cursar Rx para el día siguiente.  
Cursar hoja de colaboración a Rehabilitación.

DIA 1  
Sentar en cama.  
Iniciar pauta de artromotor.

DIA 2  
Si la saturación es < 94%, retirar el oxígeno.  
Sentar en silla.  
Suspender la fluidoterapia, y dejar la vía obturada.

##### 7. MOVILIZACIÓN Y REHABILITACION

La pauta de artromotor ha comenzado el primer día postoperatorio. El arco de flexo-extensión de inicio de de 0/60 grados. La flexión va aumentando 10 grados cada día, hasta llegar al límite de 110.

Y ha comenzado la sedestación a borde cama o en silla también el primer día postoperatorio si las condiciones del paciente no lo han retrasado.

Se ha realizado así mismo en todos los casos, una colaboración con el servicio de rehabilitación, para valoración del paciente y citación en sus consultas al alta hospitalaria.

##### 8. CRITERIOS DE EVALUACION DEL PROTOCOLO

Estos son los indicadores que se propusieron para valorar de forma directa o indirecta el seguimiento del protocolo.

INDICADORES DE RESULTADO  
Estancia media  
Mortalidad  
Reingreso en 30 días  
Situación funcional al alta

INDICADORES DE PROCESO  
% de pacientes que reciben profilaxis antibiótica  
% de pacientes que reciben profilaxis antitrombótica  
% de pacientes que requieren transfusión  
% de pacientes con dolor, en la escala EVA  
Presencia de complicaciones sistémicas

Los resultados se han recogido en una hoja, que se muestra en el anexo .  
En el anexo 2 se muestran los indicadores y sus valores.

Anexo 1. RECOGIDA DE DATOS PTR

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302**

**1. TÍTULO**

**PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Número de historia: Iniciales del paciente:  
 Edad: Sexo: Lado: Dcho. Izdo.  
 Fumador/a: sí no Bebedor/a: sí no

Enfermedades previas: sí no  
 Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardiaca  
 Diabetes mellitus HTA  
 EPOC ACV  
 Otras

Toma de anticoagulantes orales: sí no

ASA: I II III IV

Intervención: fecha  
 Anestesia: general espinal bloqueo regional  
 Protocolo AB: sí no  
 Profilaxis antitrombótica: sí no  
 Protocolo tranexámico: sí no  
 Transfusión: sí no

Prótesis:  
 Cementada No cementada Híbrida  
 CR LPS CR + polietileno ultracongruente

Complicaciones sistémicas:  
 Insuf. renal aguda Infecc. respiratorias/neumonía  
 Hemorragia aguda Insuficiencia cardiaca  
 IAM Arritmia cardiaca  
 TVP TEP  
 ACV Ileo paralítico  
 Infección urinaria

Complicaciones locales precoces:  
 Hemorragia Lesión nerviosa  
 Rotura LLI Rotura aparato extensor  
 Dehiscencia herida Infección superficial  
 Infección profunda

Reintervención durante el ingreso: sí no

Mortalidad: sí no  
 En caso afirmativo, días desde el ingreso:

Estancia hospitalaria: días

Situación funcional al alta: camina descarga

Dolor al alta: escala EVA  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Reingreso en los primeros 30 días: sí no  
 Causa: .....

Anexo 2

PESO	Valor acordado (máxima puntuación)	Valor acordado (mínima puntuación)
Estancia media		
Situación funcional al alta	8 días	10 días
Reingreso a los 30	0 pacientes	2 pacientes
% que recibe profilaxis antibiótica	100 %	90 %
% que recibe profilaxis antitrombótica	100 %	90 %
% que requieren transfusión	10 %	40 %
% con dolor en la escala EVA	1	10
Presencia de complicaciones sistémicas	0 %	4 %

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Presencia de complicaciones locales 10 % 30 %

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### 9. RESULTADOS

##### NUMERO DE PRÓTESIS INTERVENIDAS

Se han intervenido 76 pacientes PTR en 2015, de las cuales sólo hemos podido recoger datos de 62, por problemas a la hora de hacernos llegar las Historias clínicas. Nos ha parecido un muestra representativa.

Y en el periodo del 1 de octubre de 2018 al 30 de septiembre de 2019 (momento en que se ha dejado de recoger datos para poder analizar los resultados), se han intervenido 99 pacientes de PTR, y hemos podido completar el estudio en 85 pacientes

##### RESULTADOS DE 2015

Además de los indicadores que se establecieron, se han recogido otros datos, que vamos a detallar a continuación.

Detallaremos resultados globales, resultados por sexos, indicadores de resultado e indicadores de proceso.

##### Resultados globales:

62 pacientes estudiados  
Varones: 24 pacientes (38,7%)  
Mujeres: 38 pacientes (61,3 %)  
Edad media : 70,7 años  
Prótesis lado derecho: 39 prótesis (62,9 %)  
Prótesis lado izquierdo: 33 prótesis (39,1 %)  
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)  
Ningún antecedente: 11pacientes (17,7 %)  
HTA: 38 pacientes  
Diabetes Mellitus: 6 pacientes  
Dislipemia: 25 pacientes  
Hipotiroidismo: 8 pacientes  
Alteraciones de la coagulación: 1 paciente  
EPOC: 5 pacientes  
ACxFA: 3 pacientes  
Hiperuricemia: 3 pacientes  
Cardiopatía isquémica: 1 paciente  
ACV: 1 paciente  
Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes  
Hipertrofia benigna de próstata: 1 paciente

##### Resultados por sexo: Varones

Edad media: 69,9 años. (52 años el más joven y 85 la edad más avanzada)  
Prótesis lado derecho: 14  
Prótesis lado izdo: 10  
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)  
Ningún antecedente: 7 pacientes  
HTA: 14 pacientes  
Diabetes Mellitus: 4 pacientes  
Dislipemia: 8 pacientes  
Alteraciones de la coagulación: 1 paciente  
EPOC: 1 paciente  
ACxFA: 2 pacientes  
Hiperuricemia: 1 paciente  
Cardiopatía isquémica: 1 paciente

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Insuficiencia renal crónica: 1 paciente  
Hipertrofia benigna de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Mujeres

Edad media: 71,5 años. (con un rango de 62 a 82 años)  
Prótesis lado derecho: 15  
Prótesis lado izdo: 23  
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)  
Ningún antecedente: 4 pacientes  
HTA: 24 pacientes  
Diabetes Mellitus: 2 pacientes  
Dislipemia: 17 pacientes  
Hipotiroidismo: 8 pacientes  
EPOC: 4 pacientes  
ACxFA: 1 paciente  
Hiperuricemia: 2 pacientes  
ACV: 1 paciente  
Insuficiencia renal crónica: 1 paciente  
Otros resultados:  
Tomaban antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes 7 pacientes (11,2%)  
A ninguno se le aplicó el protocolo de Tranexámico  
A todos se les colocó un drenaje con recuperador de sangre

Indicadores de resultado

Estancia media: 9,4 días (rango de 6 A 40 días)  
Mortalidad: 0 pacientes  
Reingreso a los 30 días: 0 pacientes  
Situación funcional al alta: 100 % caminando

Indicadores de proceso

% profilaxis antibiótica: 100%  
% Profilaxis antitrombótica: 100%  
% transfusión: 32,2 % (20 pacientes)  
% dolor escala EVA: media de 2 en la escala (no dolor)  
Complicaciones sistémicas: 1 paciente (1,6%) Neumonía  
Complicaciones locales 6 pacientes (9,6%)  
\* Infecc. superficial: 3 pacientes (4,8%)  
\* Infecc. profunda: 1 pacientes (1,6%)  
\* Reintervención durante ingreso 1 paciente (1,6%)  
\* Rotura Ligamento lateral interno: 2 pacientes (3,2)

El paciente reintervenido durante el ingreso fue el mismo de la infección profunda. Se le realizó lavado articular y recambio de polietileno.  
Fue el único que tuvo una estancia media prolongada (40 días). Los pacientes con rotura LLI se solucionaron durante la misma intervención de colocación PTR.

RESULTADOS DE 2019

Resultados globales:

85 pacientes estudiados

Varones: 43 pacientes (50,5%)  
Mujeres: 42 pacientes (49,5 %)  
Edad media : 69,6 años  
Prótesis lado derecho: 50 prótesis (58,8 %)  
Prótesis lado izquierdo: 35 prótesis (41,2 %)  
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)  
Ningún antecedente: 6 pacientes (7 %)  
HTA: 59 pacientes  
Diabetes Mellitus: 13 pacientes  
Dislipemia: 23 pacientes  
Hipotiroidismo: 8 pacientes  
Alteraciones de la coagulación: 2 pacientes  
EPOC: 5 pacientes  
Hiperuricemia: 4 pacientes  
ACV: 4 pacientes

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes  
Epilepsia 1 paciente  
Hipertrofia benigna de próstata: 5 pacientes  
Cancer de colon: 2 pacientes  
Cancer de mama: 2 pacientes  
Cancer de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Varones

Edad media : 71,1 años (con un rango de 64 a 81 años)  
Prótesis lado derecho: 24 prótesis  
Prótesis lado izquierdo: 19 prótesis  
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)  
Ningún antecedente: 4 pacientes (4,7 %)  
HTA: 26 pacientes  
Diabetes Mellitus: 6 pacientes  
Dislipemia: 19 pacientes  
Hipotiroidismo: 8 pacientes  
Alteraciones de la coagulación: 2 pacientes  
ACV: 2 pacientes  
EPOC: 2 pacientes  
Insuficiencia renal crónica: 1 paciente  
Cancer de mama: 2 pacientes  
Cancer de colon: 1 paciente

Resultados por sexo: Mujeres

Edad media : 68,1 años (con un rango de 46 a 84 años)  
Prótesis lado derecho: 26 prótesis  
Prótesis lado izquierdo: 16 prótesis  
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)  
Ningún antecedente: 2 pacientes (2,3 %)  
HTA: 33 pacientes  
Diabetes Mellitus: 7 pacientes  
Dislipemia: 18 pacientes  
Hipotiroidismo: 8 pacientes  
EPOC: 2 pacientes  
Hiperuricemia: 4 pacientes  
ACV: 4 pacientes  
Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes  
Epilepsia 1 paciente  
Cancer de colon: 2 pacientes  
Cancer de mama: 2 pacientes  
Cancer de próstata: 1 paciente

Otros resultados:

Tomaban antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes 9 pacientes (10,5%)  
Se les aplicó el protocolo de Tranexámico a 83 pacientes (97,6%)  
A los que no se les aplicó, fue por contraindicación médica y se les colocó un drenaje con recuperador de sangre

Indicadores de resultado

Estancia media: 8,6 días (rango de 5 días a 32)  
Mortalidad: 0 pacientes  
Reingreso a los 30 días: 0 pacientes  
Situación funcional al alta: 96,4% caminando. 3,6% en descarga.

Indicadores de proceso

% profilaxis antibiótica: 100 %  
% profilaxis antitrombótica: 100 %  
% transfusión: 2,3% (2 pacientes)  
% dolor escala EVA: media de 2 en la escala (no dolor)  
Complicaciones sistémicas: 1 pacientes (1,1%) Hemorragia digestiva aguda  
Complicaciones locales: 9 pacientes (10,5%)  
\* Infección superficial: 5 pacientes (5,8%)  
\* Infección profunda: 1 paciente (1,1%)  
\* Reintervención durante el ingreso: 2 pacientes (2,3%)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- \* Fasa vía: 1 paciente (1,1%)
- \* Dehiscencia de la herida quirúrgica: 1 paciente (1,1%)

Los pacientes que fueron dados de alta en descarga, fueron 3:

- 1 por falsa vía en tibia
- 1 por fractura de rótula postraumático durante el ingreso debido a caída en la habitación
- 1 por notching del componente femoral.

De los 5 pacientes con infección superficial de la herida quirúrgica, 4 fueron dados de alta hospitalaria con antibiótico y a uno de ellos se le reintervino para realizarle un lavado articular y recambio del polietileno.

El otro paciente reintervenido fue el de la infección profunda (lavado+recambio). El germen aislado fue un SARM.

El paciente de la falsa vía tibial corregida durante la intervención, sólo requirió descarga de la extremidad durante un mes, al alta.

El paciente de la desistencia de la herida quirúrgica tuvo una estancia media larga (34 días). Los dos reintervenidos también tuvieron una estancia media larga: 32 y 28 días.

Estos tres pacientes con complicaciones son los que más nos han afectado a la estancia media, ya de por sí mas baja que el el grupo del 2015, Ya que si no los contásemos, la estancia media de este grupo de pacientes hubiese sido de 8,2 días.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión más importante es que estableciendo un protocolo con unas metas que queremos conseguir, y poniéndolo todo el equipo en marcha, se pueden llegar a alcanzar los objetivos como así a sido el caso. Y pensamos seguir manteniendo el protocolo para disminuir sobre todo a ver si es posible, la estancia media en un día más.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/302 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0302

Título  
PROTOSCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
MAURAIN VILORIA ANA, APARICIO ARTAL CARLOS, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, YAYA BEAS MANUEL, RUIZ MARISCAL MARIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL APARATO LOCOMOTOR  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Debido a que la artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones más frecuentes que realizamos y que el paciente, tanto por su edad que suele ser avanzada, como por la patología concomitante precisa un tratamiento multidisciplinar, hemos decidido realizar un protocolo que comenzaría con el ingreso del paciente en planta y terminaría con el alta hospitalaria, abordando todos los momentos y posibles complicaciones que se pudieran presentar durante ese periodo.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

### 1. TÍTULO

#### PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

##### RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir una disminución de la estancia media y una más rápida detección de posibles complicaciones relacionadas fundamentalmente con su patología concomitante.  
La población diana serán todos los pacientes que van a ser sometidos a una prótesis total de rodilla.

##### MÉTODO

Se programará una reunión con los participantes para definir los objetivos y repartir las distintas tareas, cada una con su correspondiente investigación y acompañada de bibliografía.  
Tras esta reunión de inicio, se programarán otras reuniones de revisión de resultados y revisión de borradores, antes de su presentación definitiva.

##### INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores para evaluar los resultados

- estancia media
- situación funcional al alta
- profilaxis antibiótica
- profilaxis tromboembólica
- protocolo analgesia
- protocolo ahorro de sangre
- reingreso en 30 días

##### DURACIÓN

La duración de la realización del proyecto será de unos 6 meses.

Una vez que esté aprobado se realizará la primera reunión. y se programará una reunión mensual hasta la fecha de su entrega en el plazo de tiempo previsto.

##### 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 - 2019/0585**

**1. TÍTULO**

**INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA PILAR LORDA ESPES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CORRIOL PALLAS VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Charlas formativas en los principales centros de salud, en el CAP de Alcañiz (10 de abril de 2019) y Andorra (21 de octubre de 2019), donde se informó de la actividad de la consulta, tiempos de demora, motivos de derivación más frecuente, tratamientos no financiados por la seguridad social o que no entran en la cartera de servicios.  
2. Patología banal que no precisa revisión ni seguimiento, siendo tratada en consulta como por ejemplo exeresis de nevus benignos, verrugas, se les envió informe de los resultados por correo, evitando revisiones y ocupar huecos de quirofono.  
3. Hemos conseguido que la Dra. Lorda realice quirofanos toda la semana  
4. Desde octubre de 2019 valoramos los volantes de derivacion de atencion primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió reducir la lista de espera de 1 año y 4 meses a 1 año, pero debido a que el Dr. Rivera dejó su puesto, reduciéndose el número de dermatólogos a 1 (Dra. Lorda); estando actualmente a 1 año y 4 meses (septiembre de 2018)  
Se han dado el alta con informe por correo a 60 pacientes, sacándose de lista quirurgica a 3 pacientes para realizar la actividad quirurgica en consulta al no precisar quirofono para ello.  
Con respecto a la lista de espera quirurgica, a diciembre de 2019 se mantiene a una semana, siendo la demora máxima de 3 meses para patologia no urgente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comenzamos con mucha ilusion los proyecto de calidad, pero al irse el Dr. Rivera, no hemos podido cumplir los quirofanos compartidos para evitar derivaciones a Zaragoza, ha vuelto a aumentar la lista de espera al reducirse el numero de facultativos.

7. OBSERVACIONES.

Es muy dificil en Alcañiz como area de dificil cobertura, poder lograr unos objetivos cuando el personal es temporal ya que los objetivos no se pueden cumplir al reducirse el personal al 50%.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/585 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0585

Título  
INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
LORDA ESPES MARTA, RIVERA RODRIGUEZ ALVARO, CORRIOL PALLAS VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Actualmente el servicio de Dermatología tiene un tiempo de demora de asistencia en primeras visitas de 1 año y 4 meses y en segundas visitas o revisiones de 6 meses a 1 año (buzón de 354 pacientes) según la patología y 45 pacientes pendiente de intervenir quirúrgicamente, lo que, consideramos que es el problema principal de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0585

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

nuestro servicio con todas sus implicaciones ético-legales. Como hipótesis causales consideramos que es bien sabido, actualmente, la dificultad para cubrir ciertas plazas de facultativos especialistas en áreas de difícil cobertura, algo sobre lo que no podemos actuar desde nuestra consulta, otras causas que pueden influir son los criterios de derivación desde atención primaria, que en ocasiones consideramos que pueden ser mejorables (por ejemplo derivaciones para revisión en pacientes con patología banal, derivación para tratamiento quirúrgico de procesos que no entran en cartera de servicios...), o la organización interna de la consulta (recitaciones para entregar resultados en pacientes que no requieren modificación del tratamiento). La disminución de la lista de espera creemos que podría permitir aumentar la actividad quirúrgica un día a la semana.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- \* Reducir el tiempo de demora de asistencia en primeras y segundas visitas
- \* Reducir la lista de espera de pacientes pendientes de intervención

#### MÉTODO

1. Charlas formativas en los principales centros de salud sobre dermatología, en la que se aborden los motivos de derivación a la consulta, crear vías de acceso rápidas al especialista, revisión de los procedimientos quirúrgicos que no entran en cartera de servicios... En estas reuniones los médicos de atención primaria conocerán la actividad de la consulta, que patología atendemos en el área de salud, cual es la más frecuente y como se debe abordar desde la consulta de atención primaria, motivos de derivación a urgencias del hospital de Alcañiz, qué patología es subsidiaria a tratamiento quirúrgico en nuestro centro y cual se deriva a Zaragoza. Insistiremos en la patología benigna banal y derivada del envejecimiento que la cartera de servicios de la seguridad social no financia su tratamiento y es motivo frecuente de consulta así como que patologías pueden tratar desde atención primaria. Establecer una vía de acceso rápida a nuestra consulta para los casos complejos y graves.

2. Reorganización de consulta: los pacientes con patología banal en los que se realizan técnicas diagnósticas y no precisan revisión ni modificación del tratamiento, no se recitarán en consulta para entregar resultados, sino que se enviarán los resultados con breve informe por correo. Aquellos pacientes en los que se aprecia a través de la prueba diagnóstica que van a requerir revisión se les dará cita en la consulta

3. La incorporación al servicio de un dermatólogo con actividad de 5 jornadas semanales, ayuda a disminuir las listas de espera, pero aumenta la lista quirúrgica al aumentar el número de diagnósticos de patología tumoral por lo que consideramos que debería aumentar la actividad quirúrgica de la Dra. Lorda a 1 quirófano/semanal. Así como el realizar un quirofano conjunto de ambos dermatólogos para realizar intervenciones quirúrgicas de mayor envergadura y evitar desplazamientos a los pacientes con los costes que su pone para ellos.

#### INDICADORES

Reducción del tiempo de demora en la asistencia en primeras visitas en consultas de dermatología (en días)

- \* Reducción del tiempo de demora en la asistencia en segundas visitas en consultas de dermatología (en días).
- \* Reducción de la lista de espera de pacientes pendientes de intervención (Número de pacientes pendientes de intervención).

#### DURACIÓN

\*MAYO- JUNIO: Sesiones clínicas en los principales centros de salud del sector

\* ABRIL: Reorganización de la consulta de dermatología

\* ABRIL: Incremento de la actividad quirúrgica 1 día a la semana

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LACARTA GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SOLANO SANCHEZ MARINA  
MARCEN ECHANDI BEATRIZ  
MARTINEZ CRESPO ELENA  
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN  
MARTINEZ ARIÑO MANUELA  
VIDAL MESEGUER ANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo asistencial disponible en la intranet del Sector, que no incluye en la memoria por cuestiones de espacio, para consulta por todo el personal en el que se incluyó:  
- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica  
- Cuidados y requisitos previos a la colocación.  
- Elaboración de hoja "Checklist" para rellenar por el personal de enfermería de Endoscopias Digestivas previamente a la realización de la técnica (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).  
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.  
- Descripción y actuación frente a las complicaciones relacionadas con el procedimiento.  
- Descripción y actuación frente a las complicaciones más frecuentes de la sonda de gastrostomía.  
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).  
- Elaboración de díptico informativo para pacientes/familiares (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).

A fin de implementar de la mejor manera posible el protocolo se habló directamente con las supervisoras de las plantas de hospitalización para intentar difundir entre su personal la necesidad de la cumplimentación del checklist previo a la colocación de la GEP así como se unificó tanto las hojas con la pauta para el inicio de la nutrición como las hojas informativas para el paciente/familiar haciendo desaparecer hojas antiguas, heterogéneas que existían en las plantas de hospitalización.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cronograma previsto incluía comenzar a implementar el protocolo en Junio de 2018 con las gastrostomías realizadas en la unidad de Endoscopias Digestivas del Hospital de Alcañiz, sin embargo debido al escaso volumen de procedimientos realizados durante ese periodo se decidió solicitar la prórroga del proyecto durante el año 2019. Aún con todo el volumen total de procedimientos en estos dos años es escaso. Para la obtención de los datos se ha realizado una revisión retrospectiva de las historias clínicas, con el hándicap que ha supuesto ya que en el Hospital de Alcañiz las historias clínicas físicas de los pacientes se envían a Zaragoza para su custodia. En global se colocaron 11 gastrostomías endoscópicas percutáneas todas ellas realizadas con éxito técnico, de acuerdo a los indicadores propuestos para evaluar el proyecto sólo recibimos la hoja de comprobación rellena en el 27% de los procedimientos y se había derivado a Endocrinología para la correcta indicación de la nutrición enteral al 54% de los pacientes; en este último caso sí que se ha observado una tendencia a la mejora en el tiempo en este indicador ya que los últimos 4 pacientes a los que se colocó una GEP fueron derivados a la consulta de Endocrinología o recibieron las pautas por su parte antes del alta hospitalaria.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, estamos satisfechos con el resultado sobretodo en cuanto a haber conseguido la uniformidad en el hospital a la hora de manejar a los pacientes a los que se les va a realizar una GEP tanto previamente al procedimiento, con el checklist, como a la hora de iniciar la nutrición, la mayoría ya son valorados por Endocrinología, y posteriormente a la hora de informar a los pacientes mediante la hoja/díptico informativa. No estamos conformes con el porcentaje de pacientes que tienen el check list cumplimentado por lo que consideramos que debemos realizar alguna actividad (pej. sesiones) en las plantas de hospitalización para mejorar en este aspecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/617 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0617

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

**Autores:**  
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, VERDES SANZ GUAYENTE, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, VIDAL MESEGUER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

#### 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 .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Aunque la gastrostomía endoscópica percutánea se realiza desde hace 11 años en el hospital se han detectado de manera recurrente diversas incidencias que influyen negativamente en la unidad de aparato digestivo. En cuanto a los requisitos y cuidados previos del paciente se han tenido que postponer colocaciones de sonda de gastrostomía por la no cumplimentación de los consentimientos informados en pacientes tutelados hasta que se ha localizado a los tutores de los mismos. También se han producido retrasos en su colocación, que afectan a la programación diaria de la sala de endoscopias digestivas, por no haberse realizado la correcta profilaxis antibiótica. Asimismo el servicio de Digestivo es consultado frecuentemente acerca de qué nutrición iniciar y del tiempo adecuado para iniciar por la sonda.

Si bien existen varias hojas informativas relativas a los cuidados posteriores a la colocación de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea que se usan en las diferentes unidades de enfermería del hospital, en la actualidad no existe ningún protocolo en el que queden reflejadas las indicaciones del procedimiento, los cuidados necesarios previos al mismo, los cuidados de la sonda posteriores a su colocación o la pauta de nutrición enteral tras la colocación de la sonda, aspectos que se pretenden aclarar y definir en este proyecto.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Homogeneizar las actuaciones a nivel hospitalario antes y después de la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

#### MÉTODO

Elaboración de un protocolo en el que se incluya:

- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación. Elaboración de hoja a modo "Checklist".
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.

#### INDICADORES

% de pacientes con hoja de comprobación rellena previa a la realización de la gastrostomía.  
% de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta.

#### DURACIÓN

MAYO-JUNIO: ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO  
JULIO-DICIEMBRE: IMPLEMENTACIÓN  
ENERO 2018. MEDICIÓN

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1427

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PEDRO LACARTA GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

SOLANO SANCHEZ MARINA  
MARCEN ECHANDI BEATRIZ  
MARTINEZ CRESPO ELENA  
CALDERON MEZA JOSE MANUEL  
MARTINEZ ARIÑO MANUELA  
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN  
PRADES SABADO CARMEN JOSE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, se ha elaborado un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios en el que se incluye la modificación del circuito sucio-limpio de la sala de lavado, si bien la implementación del mismo se ha retrasado según el calendario previsto ya que, tal y como se describía en el proyecto, era necesaria la realización de una obra en la sala de lavado que se realizó en dos tiempos, Septiembre y Noviembre de 2019. Una vez realizada la obra en la que se pudo sacar el almacén de la sala de lavado y estructurar de manera diferente tanto las pozas como las encimeras ya se pudo definir más claramente una zona de limpio y otra de sucio. A continuación resumiré el proceso de limpieza y desinfección.  
Una primera fase de pre-limpieza llevada a cabo en la propia sala de endoscopias en la que se realiza un lavado externo mediante arrastre con un paño mojado en detergente enzimático así como un aspirado de detergente enzimático a través del canal de trabajo. Se transporta el endoscopio y los accesorios (válvulas, tapones) en una bandeja a la sala de lavado.  
Allí se realizará un cepillado de los canales internos y de los accesorios. Los accesorios son introducidos en una bandeja con jabón enzimático. A continuación se inserta el endoscopio en la lavadora, se conectan los conexiones y se realiza el test de fugas. Se produce un lavado automático en el que se actúan de manera consecutiva tres productos, activador, detergente y desinfectante. Tras el lavado automático se realiza un secado con aire a presión y se coloca el endoscopio en la zona limpia para su posterior almacenamiento.  
En cuanto al control periódico y sistemático de las medidas de desinfección las muestras se tomarán después del proceso de desinfección con una frecuencia de muestreo cada 3 meses. Las muestras se realizarán al aclarado de los procesos de desinfección de las lavadoras automáticas. Se tomarán 2 muestras de 100 ml con una jeringa estéril del agua de aclarado final. Las muestras se enviarán en recipientes estériles cerrados y etiquetados indicando claramente el punto de toma de muestra.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los indicadores previstos para la medición de resultados decir que no se ha identificado ninguna infección nosocomial relacionada con la realización de una endoscopia. Hemos tenido dificultad a la hora de realizar los cultivos de los equipos ya que desde el laboratorio de microbiología nos han trasladado la imposibilidad de realizarlos por lo que estamos trabajando para poder enviarlos a otro centro para su análisis.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra opinión la inexistencia de un protocolo de limpieza y desinfección hacía muy necesaria la elaboración del mismo. Además el circuito de limpieza estaba completamente desactualizado. Al sacar el almacén de la sala de lavado se ha conseguido el espacio suficiente para obtener una zona de sucio y otra de limpio bien diferenciadas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1427 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1427

Título  
PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:  
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, PRADES SABADO CARMEN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1427

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

##### 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 .: Otros  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La endoscopia digestiva es una técnica de la medicina que se ocupa y desarrolla la capacidad de mirar el interior del tubo digestivo, a través de los orificios naturales, para establecer el diagnóstico de eventuales alteraciones y la posibilidad de tratarlas. El avance tecnológico y la complejidad del diseño de los aparatos requieren de un apropiado procesamiento de los endoscopios y los materiales accesorios para garantizar la ausencia de riesgo de transmisión de infecciones. En este sentido existen normas y recomendaciones de desinfección cuyo incumplimiento es el factor más importante asociado con la transmisión de infecciones tras la endoscopia digestiva. En nuestra unidad en los últimos años se ha venido desarrollando el proceso de desinfección según estándares que creemos que se han quedado desactualizados. Por ello con este proyecto pretendemos crear un procedimiento de limpieza y desinfección de los endoscopios, adaptado a la limitación espacial que tenemos en la unidad de endoscopias digestivas del hospital de Alcañiz e implementar un control de calidad de los aparatos que en este momento no se realiza de manera sistemática.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Evitar la aparición de infecciones tras la realización de endoscopias. Crear un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios e implementar un control de calidad de los aparatos que asegure la correcta desinfección de los mismos.

##### MÉTODO

Elaboración de un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios en el que se incluya.  
- Creación de un circuito sucio-limpio en la sala de lavado para lo que se hace necesaria la realización de una obra en la sala de endoscopias.  
- Definición y descripción del proceso de limpieza y desinfección de los endoscopios. Prelimpieza, en sala de endoscopias (retirar restos orgánicos, aspirado enzimático...), limpieza manual (lavado exterior del endoscopio, cepillado de orificios y canales...), lavadora desinfectadora (perfusión de solución desinfectante, secado con pistola de aire a presión...), almacenaje.  
Elaboración de un protocolo para el control periódico y sistemático de las medidas de desinfección. Realización de cultivos microbiológicos de los endoscopios, las máquinas desinfectadoras y el agua de uso en endoscopia.  
Descripción de la metodología para la recogida de muestras para cultivo microbiológico.

##### INDICADORES

- Infecciones nosocomiales relacionadas con la endoscopia digestiva x100 /Número de pacientes a los que se ha realizado endoscopia digestiva  
- Número de cultivos microbiológicos en los que se detecta un recuento de colonias superior a 20 UFC/canal y/o crecimiento de microorganismo indicador (Enterobacterias, Ps. Aeruginosa y Staphylococcus) x 100/ Número de cultivos microbiológicos realizados en endoscopios.  
- Nº de cultivos realizados en endoscopios x 100/ Número de cultivos de endoscopios previstos (trimestral)

##### DURACIÓN

Mayo 2019: Elaboración del protocolo de limpieza y desinfección  
Junio-Noviembre 2019: Implementación  
Diciembre 2019: Medición de resultados

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0937

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANGELA LARA GARRIDO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. DIRECCION  
· Sector ..... ALCANIZ

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

ALONSO TRIANA YARA MARIA  
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE  
FRAGA MILIAN CARMEN  
ABAS VILA VICTORIA  
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA  
PALOMAR JOVEN MARTA  
LORENTE GARCIA FELISA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza formación en los supervisores de los distintos servicios para el adecuado registro de los libros de estupefacientes.

Se han comprado libros nuevos de registro de estupefacientes.

Se han realizado auditorias, para comprobar la cumplimentación correcta de los mismos. A lo largo del 2020, se realizarán nuevas auditorias en los distintos servicios. Nos falta la realización del procedimiento de gestión de estupefacientes, que según nuestra planificación será en el primer semestre del año.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la evaluación en el 2018 de los libros de estupefacientes y la comprobación de que determinados campos del libro no estaban cumplimentados correctamente, nos vimos en la tesitura de realizar este proyecto. A lo largo de este año, hemos ido comprobando como los registros han mejorado sustancialmente, pero no podemos dar % de registros correctamente cumplimentados hasta que no finalice el 2020. Momento en el cual, ya tendremos el procedimiento terminado y todas las auditorias realizadas. Todas las unidades de hospitalización disponen de los nuevos libros y se ha realizado formación con el 100% de las supervisoras de hospitalización, para la correcta cumplimentación de los mismos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Finalizaremos este proyecto en 2020, con las actividades anteriormente mencionadas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/937 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0937

Título  
PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

Autores:  
LARA GARRIDO ANGELA, ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, FRAGA MILIAN CARMEN, ABAS VILA VICTORIA, BOSQUE LUNA PILAR, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, PALOMAR JOVEN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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 .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Actualmente tenemos en todos los servicios de hospitalización, libros de registro de estupefacientes, con diferencias entre los distintos servicios. Cada uno de ellos, hace el registro de diversa manera, de forma que no hay homogeneidad en ellos. A la hora de comprobar los distintos fármacos, ya bien sea mediante auditoria o

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0937

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

las propias supervisoras de la unidad, nos encontramos con dificultades de localización de los distintos fármacos. Además nos encontramos con que todos los campos del libro no están cumplimentados. De esta manera no aseguramos la trazabilidad del proceso.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la cumplimentación de los libros de estupefacientes.  
Control de los armarios de estupefacientes y su stock

#### MÉTODO

Formar a las supervisoras de enfermería de las distintas unidades, con los nuevos registros.  
Implantar la formación, con libros nuevos de registro.  
Auditar la cumplimentación de los libros de registro.  
Realización del procedimiento de la gestión de estupefacientes, en el que conste control del almacenaje, registro, control y dispensación.

#### INDICADORES

% de registros correctamente cumplimentados/ Total de registros  
Nº unidades de hospitalización con auditorias realizadas postformación/ total de unidades de hospitalización x 100  
Relización del procedimiento de gestión de estupefacientes.

#### DURACIÓN

Este proyecto se realizará a lo largo de un año, e intentaremos presentar los nuevos datos en enero del 2020

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0725

### 1. TÍTULO

#### DERIVACIÓN PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... GUAYENTE VERDES SANZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró una propuesta de protocolo de derivación y manejo del hipotiroidismo primario que finalmente no se llegó a consensuar y validar.

En su defecto, se han valorado todas las interconsultas virtuales procedentes de Atención Primaria realizadas por este motivo de forma temprana (habitualmente en menos de una semana) y se ha contestado de forma personalizada a cada una de ellas siguiendo los estándares recomendados por las principales sociedades científicas para el manejo de la patología tiroidea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todas las interconsultas virtuales realizadas por esta patología han sido evaluadas y respondidas en un periodo de tiempo razonable y ningún paciente ha quedado sin valorar, aunque finalmente no se ha consensuado y divulgado el protocolo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los casos de hipotiroidismo primario sobre los que se ha realizado interconsulta virtual han sido valorados, pero queda pendiente la elaboración y difusión del protocolo. El objetivo actual es efectuar pequeñas modificaciones en el borrador inicial para su aprobación, divulgación y puesta en marcha.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/725 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0725

Título  
DERIVACION PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:  
VERDES SANZ GUAYENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
El hipotiroidismo primario es una patología que puede ser manejada de forma sencilla en Atención Primaria. Se ha detectado una derivación injustificada de la mayoría de pacientes con esta patología al servicio de Endocrinología que podrían controlarse en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS  
Disminuir la excesiva derivación no justificada de pacientes con hipotiroidismo subclínico y primario al servicio de Endocrinología, con la finalidad de optimizar el manejo de esta patología, evitar demoras en el inicio del tratamiento, desplazamientos innecesarios del paciente, así como incremento de la lista de espera en atención especializada.

MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0725

### 1. TÍTULO

#### DERIVACIÓN PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

- 1) Elaboración de un protocolo sobre el manejo diagnóstico y terapéutico del hipotiroidismo subclínico y primario y los criterios de derivación a atención especializada.
- 2) Realización de sesiones clínicas explicativas y divulgativas sobre esta enfermedad en el centro de Salud de Alcañiz y/o en el Hospital de Alcañiz.

#### INDICADORES

Disminución de la derivación de hipotiroidismo subclínico y primario a Especializada en un 20%.

#### DURACIÓN

Sesiones clínicas y divulgación del protocolo en los primeros meses de inicio del proyecto. Evaluación de resultados desde el 1 de abril al 31 de diciembre de 2019, y comparación con la derivación en las mismas fechas del año 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0399

### 1. TÍTULO

#### CATALOGO FOTOGRÁFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE TRAUMATOLOGÍA EMBOLSADO QUE SE PORCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GONZALEZ VAQUERO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS  
FUSTER BUJ ELENA  
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO  
INSA DOMENE NURIA  
RODRIGUEZ ALBA SUSANA  
NEGRU LUCA OANA ELENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Hemos realizado un catálogo fotográfico (digital y formato papel) de cada material, entre los meses de Febrero y Septiembre de 2019, así como un índice de todo el material embolsado de traumatología que se lava y, posteriormente, se esteriliza en el Servicio (en nuestra Central no hay enfermera adjudicada y muchas veces no conocemos el nombre técnico del material que hay que embolsar). La finalidad es evitar errores de registro en la identificación del material y conseguir una correcta trazabilidad del producto, evitando así que se pueda producir alguna interrupción en el flujo del quirófano por falta de algún material, posibilitando conocer puntualmente si un material extraviado en quirófano llegó a la central, y protegiendo de esta forma la seguridad del paciente en el momento de hacer uso de los productos embolsados y esterilizados de traumatología.  
- El índice lo vamos a adjuntar a la documentación de la Central como DOCUMENTACION EXTERNA, y adjuntarlo a la documentación del sistema de gestión de la calidad de la central (ISO 9001).  
-Hemos cotejado nuestro índice con la relación del material que tienen en quirófano y a fecha de hoy tenemos registrado el 100% del material embolsado de traumatología.  
- La responsable de la Central desde Septiembre hasta Noviembre de 2019 ha identificado cada material con su nombre y foto siempre cotejando con la referencia del producto. Ha introducido los materiales embolsado de traumatología que no estaban registrados en el registro informático TRAZINS.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos valorado el indicador % de material embolsado de traumatología identificado correctamente con su nombre y su fotografía (Número de piezas embolsadas, identificadas correctamente con su nombre y su fotografía x 100/ N de piezas catalogadas de materiales embolsados de traumatología(a partir del listado en el BQ). El resultado obtenido ha sido del 100%, todo el material embolsado de traumatología que hay en el Servicio de Quirófano está identificado, con su foto y registrado para hacer la correcta trazabilidad y además poder tener el indicador general de la Central.  
-Hemos reducido las reclamaciones del Servicio de Quirófano relacionadas con la identificación del material (0 reclamaciones en este año)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos identificado correctamente todo el material embolsado de traumatología cotejándolo con los listados del quirófano, que ha permitido eliminar las reclamaciones por identificación del material, y ha hecho mucho más precisa la medición de los indicadores de recepción y esterilización de la central.  
Al tener identificado, con foto y registrado el 100% del material embolsado de traumatología que tienen en el Bloque Quirúrgico, hemos conseguido trazar piezas extraviadas en el quirófano y avisar al quirófano cuando ciertos materiales no llegan. Este proceso sería mucho más efectivo si el quirófano entregara a la central una relación con el material que entrega, que así podría verificarse doblemente en la central en el momento de la recepción, con lo que se extraviarían menos piezas.  
La identificación del material faltante en la central permite asegurar que no faltan piezas al comenzar la intervención evitando retrasos en quirófano y evitando riesgos la paciente (SEGURIDAD DEL PACIENTE).

Monitorizaremos el indicador cada 6 meses en el sistema de gestión de la calidad de la central (ISO 9001).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/399 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0399

### 1. TÍTULO

#### CATALOGO FOTOGRAFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA EMBOLSADO QUE SE PROCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 0399

Título  
CATALOGO FOTOGRAFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA EMBOLSADO QUE SE PROCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
GONZALEZ VAQUERO CARMEN, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS, FUSTER BUJ ELENA, SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO, INSA DOMENE NURIA, RODRIGUEZ ALBA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: NO PATOLOGIA  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: OBJETIVOS PROPIOS DE LA CENTRAL EN ISO

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

#### PROBLEMA

La central de esterilización no tiene una enfermera adjudicada y muchas veces las auxiliares no conocen la denominación técnica del material que tienen que embolsar, por lo que a veces se producen errores de registro al identificar el material, perdiéndose la trazabilidad del producto, encontrándose en el quirófano a veces material que no corresponde a lo que habían solicitado, interrumpiendo el flujo del quirófano.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Identificar de forma correcta todo el material embolsado.  
-Obtener un registro fiable del material embolsado.  
-Obtener un registro numérico del material embolsado que se esteriliza en la Central de Esterilización, valor de gran ayuda para los indicadores generales de la Central.  
- Reducir las reclamaciones del quirófano relacionadas con la identificación del material

#### MÉTODO

- Crear un archivo fotográfico que relacione el instrumental con su denominación técnica:  
• Realizar foto individual de cada instrumental  
• Identificarlo con ayuda de la referencia y de la Responsable de Calidad de la Central de Esterilización.  
• Elaboración de un registro fotográfico en formato papel.  
• Elaboración de un registro fotográfico en formato digital.

#### INDICADORES

% de material embolsado identificado correctamente con su nombre y su fotografía.  
Crear un indicador con el que podamos medir el % de material embolsado de trauma propio que hemos catalogado.  
N de materiales catalogados/n de materiales embolsados de traumatología (hay listado) x100

Estándar: =< 2%

#### DURACIÓN

Febrero-Septiembre 2019: Realización de fotografías de los materiales de traumatología embolsado.

Septiembre-Noviembre 2019: Identificación de cada material con su nombre y foto. Introduciendo en el registro informático TRAZINS los materiales embolsados que no estén registrados.

Diciembre 2019: Evaluación de registrados.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0399**

**1. TÍTULO**

**CATALOGO FOTOGRÁFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE TRAUMATOLOGÍA EMBOLSADO QUE SE PORCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0466

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... EDGAR FERNANDEZ ALONSO  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER  
LATRE REBLED BEATRIZ  
ALONSO TRIANA YARA MARIA  
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN  
MALDONADO DOMENECH ANA  
LARIO MARCO SANDRA  
GONZALEZ TOMAS BLANCA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto y de forma consensuada entre todas las partes implicadas se decidió llevar a cabo la implantación de la prescripción electrónica en dos fases: una primera fase de implantación en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y una segunda fase en el área de Pacientes Ambulantes.

Primera Fase: Cirugía Mayor Ambulatoria. Se llevó a cabo a lo largo del primer trimestre de 2019, realizando las siguientes actividades:

- Formación en Farmatools® - prescripción electrónica de medicamentos a través del módulo de Unidosis por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología y personal de enfermería de la unidad de CMA implicados en el proceso mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
- Se ha formado al personal de Enfermería en materia de programación eficiente de los pacientes y de su plan terapéutico, para un adecuado uso del aplicativo informático.
- Se han revisado y adaptado de forma consensuada protocolos farmacoterapéuticos de aplicación en la unidad de CMA, estandarizados en función del diagnóstico e indicación: Cirugía de Cataratas y Cirugía de Glaucoma.
- Dichos protocolos farmacoterapéuticos se han introducido en el aplicativo informático de cara a facilitar y agilizar la prescripción por parte del facultativo.
- Se ha instruido al personal de enfermería para la impresión de la "Hoja de administración de tratamiento" que contiene información necesaria para la administración del tratamiento (dosis, cuidados específicos, hora de administración).
- El personal de Enfermería de la CMA ha recibido formación sobre el nuevo sistema de administración electrónica de medicamentos PRESSALUD® para el registro electrónico a través de la historia clínica electrónica, de la medicación administrada al paciente de Oftalmología.

Segunda Fase: Área de Pacientes Ambulantes. Se llevó a cabo a lo largo del tercer trimestre de 2019, realizando las siguientes actividades:

- Formación en Farmatools® - prescripción electrónica de medicamentos a través del módulo de Pacientes Ambulantes (DPA) por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología y personal de enfermería implicados en el proceso mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
- El personal del Servicio de Oftalmología recibió formación sobre la programación de pacientes y planificación de la actividad a través del aplicativo informático.
- Del mismo modo, se revisaron y consensuaron protocolos de tratamiento en función del diagnóstico e indicación, y se registraron en la aplicación de cara a facilitar y agilizar la prescripción al facultativo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primera Fase: Durante el primer trimestre de 2019 se llevó a cabo el proceso de formación a los facultativos y personal de enfermería en el módulo de Unidosis de Farmatools®, así como la adecuación en el aplicativo informático de los protocolos consensuados entre Oftalmología y Farmacia Hospitalaria. De forma gradual se ha conseguido una mejor gestión tanto a nivel clínico como de eficiencia:

- Se ha mejorado el proceso de prescripción médica en el paciente de Oftalmología que acude a la unidad de CMA, optimizando la protocolización de los tratamientos y realizándose por completo de manera electrónica.
- El Farmacéutico contribuye en el proceso mediante la revisión de la farmacoterapia prescrita, optimizando de esta forma el proceso de validación farmacéutica.
- Se ha aumentado la seguridad en el paciente mejorando el sistema de administración de medicamentos por vía electrónica a través de la aplicación PRESSALUD®, lo que nos permite una mejora en la trazabilidad del proceso Prescripción médica - Validación Farmacéutica - Administración.
- Se ha optimizado la programación y la planificación de la actividad de los pacientes de Oftalmología en la unidad de CMA.
- Se ha conseguido adaptar el stock de Fármacos en la unidad de CMA, así como una mejora en la imputación de consumos a pacientes.

Segunda Fase: Durante el tercer trimestre de 2019 se llevó a cabo el proceso de formación a los facultativos y personal de enfermería en el módulo de Pacientes Ambulantes de Farmatools®, así como la adecuación en el aplicativo informático de los protocolos consensuados entre Oftalmología y Farmacia Hospitalaria. Del mismo modo, se ha conseguido una mejor gestión tanto a nivel clínico como de eficiencia:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0466

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

-Se ha implantado la prescripción electrónica de medicamentos en el ámbito de Pacientes Ambulantes, mejorando el proceso de Prescripción Médica - Validación Farmacéutica.  
-Se ha conseguido optimizar la programación de los planes terapéuticos a través del aplicativo informático, de forma que permite realizar una planificación de la actividad con antelación y de los recursos necesarios tanto para Farmacia Hospitalaria como para Oftalmología. En relación a ello, se ha optimizado el proceso de gestión de compras y stocks, evitando roturas y realizado de esta forma una adquisición eficiente de los tratamientos.  
-Mejora de los procesos de preparación y dispensación en Farmacia Hospitalaria: optimización en impresión de hojas de preparación a enfermería, etiquetas identificativas y preparado a elaborar.  
-Se ha conseguido un mejor control de calidad y trazabilidad de las preparaciones gracias a su registro informatizado, acompañado de la reducción en la probabilidad de errores.  
Todas estas mejoras alcanzadas en ambas fases han permitido optimizar al mismo tiempo la explotación informática de datos diagnósticos y terapéuticos del Servicio de Oftalmología.  
Respecto a los indicadores de evaluación, desde la puesta en marcha de ambas fases del proyecto:  
-El número de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Oftalmología en ambos módulos de prescripción respecto no electrónicas (papel), del total de prescripciones médicas del Servicio fue del 100%.  
-El número de preparados oftalmológicos preparados mediante proceso informatizado (a través del módulo de Pacientes Ambulantes) respecto no informatizados, del total de preparados fue del 100%.  
-Del mismo modo, el porcentaje de pacientes programados por parte del médico en el aplicativo informático respecto del total de pacientes programados fue también del 100%

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la prescripción electrónica y al uso adecuado de las aplicaciones disponibles, es posible una planificación eficiente de la actividad del Servicio de Oftalmología, que conlleva a una optimización de los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, a una mejora en el sistema de administración del tratamiento por parte de enfermería a través de PRESSALUD®, y a una mejora tanto en la seguridad del paciente como en la trazabilidad de todo el circuito de prescripción médica - validación Farmacéutica -preparación - Administración electrónica de Enfermería.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/466 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0466

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

Autores:  
FERNANDEZ ALONSO EDGAR, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, ALONSO TRIANA YARA MARIA, LATRE REBLEDE BEATRIZ, EGEA ESTOPIÑAN CARMEN, MALDONADO DOMENECH ANA, LARIO MARCO SANDRA, GONZALEZ TOMAS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

### PROBLEMA

Los procesos de prescripción médica - validación farmacéutica - elaboración - dispensación resultan complejos y requieren de la participación minuciosa de diferentes profesionales para garantizar la seguridad del paciente. Evitar errores de medicación en cualquiera de las fases del circuito es una medida prioritaria en toda institución.

Gracias a herramientas informáticas podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, preparación y dispensación. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos.

Actualmente la prescripción en el Servicio de Oftalmología se está realizando de forma manual, lo que puede conllevar a errores y a una gestión ineficiente de los recursos.

Resultados satisfactorios de la implantación electrónica en Servicios como Oncología Médica, Hematología,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0466

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

Digestivo, Reumatología y Dermatología, apoyan el proyecto. Se obtuvieron mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración-dispensación.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Implantación de la prescripción médica electrónica integral en el Servicio de Oftalmología: ámbito de Pacientes Ambulantes (cirugía mayor ambulatoria) y Pacientes Externos.
- Mejora en el proceso de prescripción médica en el Servicio de Oftalmología.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios tanto para el servicio de Farmacia Hospitalaria como de Oftalmología.
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de errores.
- Aumento de la seguridad en la elaboración de los preparados oftalmológicos, así como en la dispensación.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Mejora en el proceso de preparación y dispensación.
- Optimización en la gestión de stocks de Fármacos e imputación de consumos por paciente (mejora en la trazabilidad).

#### MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo, y programación de reuniones para la puesta en marcha, seguimiento y evaluación del proyecto.
- Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología y personal de enfermería en materia de prescripción informatizada y de programación de los planes terapéuticos, así como al personal de enfermería de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos estandarizados en función del diagnóstico e indicación en todos los módulos de prescripción: Unidosis, Pacientes Ambulantes y Pacientes Externos.
- Impresión en Farmacia de: previsión de pacientes en la unidad de cirugía mayor ambulatoria y fármacos necesarios, hojas de preparación para enfermería, etiquetas por paciente y preparado a elaborar.
- Mejor control de calidad de las preparaciones, así como registro informatizado.
- Firma electrónica de la medicación administrada en el paciente de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

#### INDICADORES

- Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Oftalmología. (mín.: 50% y máx.: 90%)
- Nº de preparados oftalmológicos preparados mediante proceso informatizado del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de preparados. (mín.: 50% y máx.: 90%)
- Porcentaje de pacientes con programación por parte del médico en el sistema informático respecto del total de pacientes programados. (mín.: 50% y máx.: 90%)

#### DURACIÓN

Marzo 2019: Formación a facultativos del Servicio de Oftalmología y adaptación/configuración de protocolos. Instalación del programa en los terminales informáticos. Formación al personal de Enfermería de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Oftalmología.  
Abril - Junio 2019: Puesta en marcha y validación del proceso de informatización. Introducción de mejoras.  
Julio 2019 -Diciembre 2019: Seguimiento e implantación de mejoras.

#### 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 - 2019/1019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YARA MARIA ALONSO TRIANA  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERNANDEZ ALONSO EDGAR  
GALAN CERRATO NIEVES  
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO  
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA  
AGUILAR GASCON YOLANDA  
ROCA PONZ ROSA MARIA  
LABORDA GALICIA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
3 de Junio 2019 - 28 de junio 2019:

Se revisaron y actualizaron en el maestro de artículos del programa de Farmatools® las fichas de los fármacos que se dispensan en el área de pacientes externos.

Se crearon en el módulo de dispensación de pacientes externos (DPE) protocolos oncológicos para la ayuda en la prescripción con las dosis y posologías más habituales. También se incorporó información farmacoterapéutica adjunta a cada protocolo para aportar al paciente en la dispensación de los inicios de tratamientos.

Se instaló el módulo DPE en los ordenadores de la consulta de Oncología con ayuda del servicio Informático.

Se formó al personal implicado en el circuito de prescripción/validación/dispensación en su área concreta de actuación:

Facultativos Especialistas en Oncología Médica: se les ha instruido en prescripción electrónica en el módulo DPE.

Servicio de Farmacia:

- Facultativos Especialistas en Farmacia Hospitalaria: se les ha formado en proceso de validación en el módulo DPE.
- Técnicos y auxiliares: se les ha enseñado cómo usar el sistema de dispensación segura de medicamentos que está integrado en el módulo de DPE. A través de él, se registra en la ficha de cada paciente, la fecha en la que ha retirado medicación del Servicio de Farmacia, así como la persona que le atiende y las unidades suministradas del fármaco/s implicado/s con su lote y caducidad.
- Personal administrativo: Comprobar, a través del módulo de gestión económica de Farmatools®, que la imputación del consumo por paciente se ha realizado correctamente.

1 de Julio 2019:

Se inició con la prescripción y validación electrónica a través del módulo de DPE. También se comenzaron a utilizar los sistemas de dispensación segura de medicamentos.

1 Julio 2019 - 30 enero 2020

Durante la fase de seguimiento y en base a actualizaciones en terapias oncológicas que han ido surgiendo durante la realización de este proyecto, se han ido incorporando nuevos fármacos en el maestro de artículos y modificando o introduciendo protocolos con su correspondiente información terapéutica destinada al paciente en el módulo DPE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los indicadores propuestos:

- El 100% de las prescripciones del servicio de Oncología Médica se han realizado electrónicamente a través del programa de la DPE.
- El 100% de las prescripciones de Oncología fueron validadas electrónicamente por los farmacéuticos.
- Hubo 49 inicios de tratamiento y en todas ellas se aportó información farmacoterapéutica.
- No se puede han producido durante el desarrollo del proyecto ninguna alerta de calidad de los fármacos que se dispensan a pacientes externos con patologías oncológicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

La implantación de la prescripción electrónica en el servicio de Oncología Médica ha supuesto una mejora en seguridad al reducirse la probabilidad de error en prescripción, validación y dispensación de fármacos. También ha reforzado la atención farmacéutica al incorporarse en la validación información de interés sobre el fármaco que se aportaba al paciente en el momento de la dispensación.

Además, se ha mejorado la trazabilidad del circuito de prescripción/validación/dispensación al permitir saber en todo momento las personas que implicadas en cada fase.

La implantación de la prescripción electrónica también ha permitido que el servicio de Farmacia pueda:

- Tener una previsión de fármacos permitiendo con ello mejorar la gestión de stocks al disponer de mayor tiempo para realizar pedidos a laboratorios y búsqueda de alternativas frente a desabastecimientos.
- Localizar más rápidamente a pacientes a los que se les hubiera administrado fármacos con lotes afectados por alertas de calidad.
- Realizar un seguimiento más exhaustivo del tratamiento de los pacientes al tener registrado sus fechas de dispensación de medicación.

Los buenos resultados obtenidos abre camino a expandir dicho proyecto a otros servicios clínicos del hospital de los que también se dispensa medicación correspondiente a su área de actuación en el servicio de farmacia a pacientes externos.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1019 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1019

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA PARA LA OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:  
ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, GALAN CERRATO NIEVES, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, AGUILAR GASCON YOLANDA, ROCA PONZ ROSA MARIA, LABORDA GALICIA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La Ley del Medicamento 25/90, del 20 de diciembre, establece, en su artículo 91, que para lograr el uso racional de los medicamentos los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) tienen entre sus funciones la dispensación de tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control, así como la información de medicamentos y el desarrollo de actividades educativas y de cualquier otro tipo que puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos.  
Por otra parte, en los últimos años se viene potenciando y desarrollando de una manera formal el concepto de Atención Farmacéutica (AF), el cual puede definirse como "un proceso cooperativo para la provisión responsable de farmacoterapia con el propósito de conseguir resultados óptimos que mejoren la calidad de vida del paciente considerado individualmente".  
Es por ello que el objetivo final que se busca con este proyecto es establecer los procedimientos necesarios que garanticen una atención adecuada a los pacientes externos atendidos en el SF del Hospital de Alcañiz. Para ello es necesario la colaboración de miembros de equipos multidisciplinarios.  
Actualmente la prescripción de fármacos por el servicio de Oncología médica se realiza manualmente desaprovechándose así todo el abanico de opciones que pueden ofrecer las herramientas informáticas disponibles en el Servicio de Farmacia (Farmatools).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1019

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

La instauración de la prescripción electrónica en el Servicio de Oncología Médica supondría una optimización del proceso asistencial del paciente externo en todos los niveles (prescripción, validación, adquisición, dispensación y administración). La gestión de fármacos sería más eficiente al facilitar una rápida actuación frente a alertas de calidad del producto (retirada de lotes afectados al detectar raudamente a los pacientes perjudicados gracias al sistema de dispensación segura de medicamentos incorporado en el módulo de Farmatools de Pacientes Externos). Además, Farmacia podrá aportar información farmacoterapéutica a los pacientes adjunta a la prescripción médica a través del programa informático quedando registrado en la historia farmacológica del paciente.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Establecer sistemas de gestión de stocks que permitan asegurar la disponibilidad de medicamentos.
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración de modo que se asegure la correcta dispensación de medicamentos al paciente
- Mejorar la Atención Farmacéutica en el área de pacientes externos
- Racionalizar la utilización de recursos y reducir los costes
- Establecer sistemas de garantía de calidad de los procesos

#### MÉTODO

- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®).
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Externos (Farmatools®):  
Creación de protocolos oncológicos de ayuda en prescripción
- Incorporación de información farmacoterapéutica relevante para el paciente
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Dispensación segura de fármacos (trazabilidad: personal sanitario que dispensa, paciente, fecha dispensación, fármaco y unidades dispensadas -lote y caducidad-)
- Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad.
- Gestión de alertas de calidad gracias a una mayor trazabilidad de lotes y caducidades de los fármacos que permitirían detectar los productos afectados de manera rápida y eficaz.

#### INDICADORES

- N° de prescripciones médicas electrónicas del servicio de Oncológica Médica\*100/ Total de prescripciones médicas del servicio de Oncológica Médica. (Mín 50%-Máx: 90%)
- N° de prescripciones de Oncología validadas electrónicamente por Farmacia \*100/ Total de prescripciones Oncológicas validadas por Farmacia. (Mín 50%-Máx: 90%)
- N° de prescripciones Oncológicas de tratamientos iniciales con aporte de información farmacoterapéutica \*100/ Total de prescripciones Oncológicas de tratamientos iniciales
- Media y rango de días de demora en la retirada de fármacos con alertas de calidad.

#### DURACIÓN

Junio 2019: Configuración del programa informático Farmatools® (Maestro de Artículos y Gestión de Pacientes Externos), Instalación del programa en los ordenadores de la consulta de oncología y formación del personal implicado.  
Julio 2019: Implantación de la prescripción y validación electrónica.  
Julio 2019 - enero 2020: Seguimiento e instauración de mejoras.

#### OBSERVACIONES

TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Pacientes del área de Oncología que requieran tratamiento farmacológico de dispensación hospitalaria.

#### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0564

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA GONZALEZ GUIJARRO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION A DOMICILIO  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

ARIÑO ALBAJEZ ALICIA  
GUALLAR DAUDEN TERESA  
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO  
PONZ SOLE ANA  
ANDRES PALLARES MARIA JOSE  
POLO SANCHEZ MARIA PILAR  
FERNANDEZ ARENAS EMILIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charla divulgativa en el salón de actos dirigida a todo el personal del hospital, presentando el proyecto y solicitando colaboración en la realización del mismo.

Elaboración del "manual para el control de síntomas del paciente paliativo en el domicilio" dirigido a las familias, listado de consejos de cuidados propios para el cuidador y recursos disponibles.

Elaboración de check list de tareas en las que se ha formado al cuidador principal durante el ingreso y en las que ha participado o ha realizado sólo con nuestra supervisión (higiene, alimentación, cambio de cama y pañal, movilización del paciente, administración de medicación).

Elaboración de cuestionario dirigido a enfermería para la valoración de sintomatología reconocida por el cuidador y su forma de actuación adecuada. (Aclaración: durante el ingreso hospitalario así como en el manual de cuidados, los síntomas sobre los que se va a formar a los cuidadores son los que más frecuentemente aparecen en el enfermo paliativo: Falta de apetito, náuseas/vómitos, dificultad para masticar y tragar, boca seca o dolorosa, estreñimiento/diarrea, dificultad para respirar, tos y ruidos respiratorios, dolor, ansiedad y depresión, confusión e insomnio).

Elaboración de cuestionario dirigido a evaluar grado de satisfacción del cuidador con la formación recibida.

Sesiones clínicas en los distintos servicios para la puesta en marcha e implementación del proyecto.

Reconocimiento y selección de los pacientes paliativos ingresados, para iniciar durante la hospitalización la formación con el cuidador principal.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha sido bien aceptado tanto por el personal de enfermería como por los pacientes y cuidadores incluidos en el mismo.

Hasta la actualidad no se realizaba ningún tipo de formación específica a los cuidadores principales de estos pacientes, presentándose dificultades al alta por el deterioro sufrido durante el ingreso y el aumento del grado de dependencia, que la familia en muchas ocasiones no sabía afrontar, precisando retrasar el alta, realizar búsqueda de personal cualificado para realizar los cuidados básicos en el domicilio e incluso la institucionalización del paciente.

La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora significativa en el grado de satisfacción de las familias, que se consideran más capacitadas para llevar a cabo el cuidado, tratar los síntomas que van apareciendo y reconocer las situaciones en las que deben consultar al médico, así mismo reconocen la importancia del propio autocuidado.

Durante el periodo de implementación del proyecto se ha formado a 18 cuidadores principales, desestimándose a pacientes sin cuidador principal y/o institucionalizados, así como aquellos en situación de últimos días.

Al finalizar el ingreso el 100% de ellos realizaban de forma correcta los cuidados básicos, conocían la sintomatología más frecuente del paciente paliativo y sabían como aliviarla, reconocían las situaciones de alarma en las cuales debían dirigirse a médico, había aumentado sus conocimientos sobre los recursos disponibles en los distintos niveles asistenciales y se consideraban más capacitados para afrontar el cuidado al alta.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe una gran dificultad en el reconocimiento precoz del paciente paliativo, enfocándose principalmente en el paciente oncológico y en estados muy avanzados de la enfermedad, siendo necesario continuar la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0564

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

sensibilización y formación dirigida al personal.

Se considera el ingreso hospitalario el momento óptimo para abordar la formación al cuidador principal en cuidados básicos, ya que en muchas ocasiones es durante el ingreso cuando se producen cambios en el estado del paciente y su grado de autonomía, a los que la familia se deberá adaptar.

La formación dirigida a los cuidadores les dota de las herramientas necesarias para afrontar de manera satisfactoria el cuidado, proporciona una mejor calidad de vida al enfermo y optimiza el uso de los recursos sanitarios.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/564 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0564

Título  
RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Autores:  
GONZALEZ GUIJARRO MARTA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, GUALLAR DAUDEN TERESA, RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO, PONZ SOLE ANA, ANDRES PALLARES MARIA JOSE, POLO SANCHEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ ARENAS EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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

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

PROBLEMA  
El aumento de la incidencia del cáncer y de otras enfermedades terminales es ya una realidad a nivel mundial, siendo los programas educativos y el rol del cuidador informal piezas clave en el abordaje de los mismos. Normalmente quien asume el cuidado de la persona diagnosticada es un familiar cercano que en ese momento desconoce todo lo relacionado con la enfermedad. Es en los ingresos hospitalarios cuando las necesidades y demandas de los cuidadores se van poniendo de manifiesto. Durante los mismos el paciente va viendo mermada su autonomía, aumentado paulatinamente el grado de dependencia. Surgen entonces en la persona que lo acompaña las dudas respecto a los cuidados básicos, los miedos e incertidumbre ante el alta próxima, el nerviosismo ante las posibles situaciones de urgencia...  
Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en este sentido, capacitando al cuidador principal, y velando por la satisfacción de las necesidades básicas del paciente paliativo cuando éste vaya a su domicilio. Cuando se dota a las familias de las capacidades y recursos propios suficientes, se facilita el proceso de la enfermedad y se mitigan posibles problemas futuros de adaptación a la pérdida.

RESULTADOS ESPERADOS  
General:  
Capacitar a los cuidadores principales no profesionales que se harán cargo del paciente paliativo, bien temporal o permanentemente en su domicilio, mediante formación durante el ingreso hospitalario.  
Específicos:  
Enseñar cuidados básicos de higiene, alimentación, eliminación, manejo de la movilidad, administración de medicación.  
Instruir en la detección, valoración e intervención de signos y síntomas de alarma que presentan los enfermos en situación avanzada y terminal.  
Capacitar para la mitigación no farmacológica de los síntomas que más frecuentemente aparecen en el paciente paliativo.

### MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0564

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Durante el ingreso hospitalario:

Invitaremos a los familiares a participar de los cuidados y/o realizarlos con nuestra supervisión. Mostraremos distintas técnicas que les doten de mayor conocimiento disminuyendo así la dificultad y cansancio al realizar los cuidados.

Resaltaremos los beneficios resultantes de su participación.

Enseñaremos a llevar a cabo todas aquellas medidas no farmacológicas de las que el paciente se puede beneficiar para el alivio de diferentes síntomas.

Reconoceremos sus progresos y capacidades a la par que disminuimos la importancia de sus dificultades.

Proporcionaremos información de los distintos recursos disponibles en los distintos niveles asistenciales.

Escucharemos y resolveremos las dudas e inquietudes que vayan surgiendo.

Al alta:

Realizaremos un check list de tareas aprendidas que el cuidador principal realiza correctamente, signos de alarma que reconoce y medidas para el alivio de distinta sintomatología que maneja.

Entregaremos una pequeña guía recordatoria de cuidados básicos y proveeremos de un listado de recursos y teléfonos de contacto.

#### INDICADORES

% de cuidadores de pacientes que realizan de manera correcta los cuidados básicos al finalizar el ingreso hospitalario/ del total de personas formadas.

% personas cuidadoras de pacientes paliativos que reconocen los signos de alarma y sus pautas de actuación/ del total de personas formadas.

% de cuidadores principales que conoce sintomatología frecuente en el paciente paliativo y sus medidas para mitigarla/ del total de personas formadas.

% de cuidadores principales que se consideran capacitados para el cuidado en el domicilio tras el ingreso/ del total de personas formadas.

Grado de satisfacción del cuidador con la formación recibida durante el ingreso hospitalario. (Se valorará mediante encuesta).

#### DURACIÓN

La puesta en marcha de este proyecto está íntimamente ligada a la incorporación de la guía de cuidados básicos del paciente paliativo durante la hospitalización, ésta reducirá la variabilidad de la práctica clínica y supondrá una herramienta básica para el posterior adiestramiento de los familiares responsables del cuidado al alta. La presentación y reparto de la misma al personal de enfermería (DUE/TCAE) que desarrolla su labor en hospitalización, está prevista para el primer semestre de 2019.

El desarrollo global del proyecto se llevará a cabo a lo largo del año 2019, con la identificación de pacientes en programa de cuidados paliativos al ingreso, y la capacitación de su cuidador principal en cuidados básicos, detección de signos de alarma y mitigación de síntomas en su domicilio, durante el ingreso hospitalario.

La vocación de este proyecto es la de su continuidad en el tiempo, pudiéndose mejorar y adaptar los distintos apartados y contenidos, mediante la autoevaluación, de cara a años futuros.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0534

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JULIA ROYO ANADON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS  
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA  
CALDERON MEZA JOSE MANUEL  
ROYO MOLES MARIA ISABEL  
ANDREU ARIÑO JOSE MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2018: Sesiones clínicas en las que se explicaba el riesgo de contagio de las enfermedades transmitidas por "gotas", incluida la meningitis y las indicaciones de la quimioprofilaxis postexposición:

-18/01/2018 para celadores  
-23/01/2018 para TCAE y Enfermeras  
-06/02/2018 para médicos y M.I.R.  
-15 y 20 de Junio 2018 en las sesiones de acogida para nuevos trabajadores sanitarios y no sanitarios.

En 2019:

04/02/2019 Reunión con el Servicio de Medicina Preventiva.  
05/02/2019 Reunión con la Dra Beltrán (Neuróloga).  
05/02/2019 conversación telefónica con Salud Pública de Teruel.  
06/02/2019 Reunión con el Dr Oliván (Neurólogo).  
07/02/2019 Conversación telefónica con el Dr Martínez Barcelo (coordinador del Centro de Salud de Hajar) para estudio de contactos.  
17/07/2019 Reunión con Maribel Royo (Supervisora de Urgencias)  
Reunión con José M<sup>a</sup> Andreu (Jefe de celadores).  
30/07/2019 Sesión clínica para nuevos trabajadores y para M.I.R  
08/08/2019 Reunión con la Dra Ana Gomez (Jefa de Servicio de Urgencias) y con el Dr Calderón (Medicina Preventiva).  
02/10/2019 Sesiones clínicas para estudiantes TCAE.

-Realización de un protocolo de actuación ante un posible caso de meningitis

-Realización de 1 poster en el que se indica el uso de mascarilla y otro en el que se dan las indicaciones de la quimioprofilaxis postexposición.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: N° de profesionales que han llevado quimioprofilaxis \*100/N° de profesionales que ha declarado estar en contacto con el paciente.

De 81 profesionales que han declarado estar en contacto con un caso de meningitis, 24 ha tomado quimioprofilaxis.

$24:81= 0,29$   $0,29 \times 100= 29\%$

Resultado: El 29% de los profesionales que han declarado estar en contacto con un caso, han tomado quimioprofilaxis post exposición.

Indicador: N° de profesionales que han tomado quimioprofilaxis innecesaria\*100/N° de profesionales que han declarado estar con el paciente

Aclaración: se considera quimioprofilaxis innecesaria a los profesionales que han recibido quimioprofilaxis sin considerarse contacto de riesgo, es decir que no pertenecían a una de estas dos categorías:

a) Personal sanitario que haya realizado maniobras de resucitación, intubación, aspiración u otras con riesgo de exposición a las secreciones nasales u orofaríngeas SIN protección, hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico del paciente.

b) Personal sanitario que, SIN haber utilizado las adecuadas medidas de protección, haya mantenido un contacto próximo (menor de 1 metro) y además, prolongado (más de 8 horas al día) con el paciente.

De 81 profesionales que han declarado estar en contacto con un caso de meningitis, 15 tomaron quimioprofilaxis innecesaria (18%) .

Resultado: El 18% de los profesionales que han declarado estar en contacto con un caso, han tomado quimioprofilaxis innecesaria.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0534

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

No existen datos de quimioprofilaxis innecesaria en años anteriores a 2019 para establecer comparaciones. Un 18% de trabajadores que han tomado quimioprofilaxis innecesaria, es un porcentaje elevado, por lo que deberemos hacer un seguimiento posterior monitorizando anualmente este indicador en los años sucesivos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/534 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0534

Título  
PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

Autores:  
ROYO ANADON JULIA, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, ROYO MOLES MARIA ISABEL, ANDREU ARIÑO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

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

PROBLEMA  
Desde hace años se presenta como incidencia repetida el hecho de cada vez que se declara o se sospecha un caso de meningitis recibimos demanda de quimioprofilaxis que excede el alcance de lo que está reflejado en las guías, generándose inquietud y confusión entre el personal. Además, surgen numerosas preguntas sobre el protocolo de protección.

La causa es que no se dispone de un documento unificado para todo el sector que especifique cuales son las pautas de quimioprofilaxis y los equipos de protección a utilizar.

La consecuencia es que se genera confusión entre el personal, y muchos trabajadores acaban tomando quimioprofilaxis innecesaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Consensuar con los otros servicios sanitarios un protocolo unificado basado en las recomendaciones actuales, para disminuir la confusión que se genera en los trabajadores cada vez que se produce un caso.
- Evitar la quimioprofilaxis innecesaria en los profesionales

#### MÉTODO

- Realizar un documento unificado basado en las recomendaciones actuales y consensuado con todos los grupos de interés del Hospital
- Difundir dicho protocolo en sesión clínica
- Colgar el protocolo en la intranet

#### INDICADORES

- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis innecesaria
- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis\*100/Numero de profesionales que han declarado estar en contacto con el paciente
- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis innecesaria\*100/Numero de profesionales que han declarado estar en contacto con el paciente
- Monitorización del número de llamadas que se producen tras cada caso

#### DURACIÓN

- Duración anual del proyecto, a lo largo de 2019.
- Elaboración del documento antes de junio de 2019.
- Difusión del protocolo entre junio y septiembre.
- Elaboración de registros para indicadores y monitorización de las llamadas o consultas durante todo el



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0534**

**1. TÍTULO**

**PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS**

periodo, según los casos que vayan surgiendo.  
- Revisión del procedimiento a lo largo de todo el periodo.

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 - 2018/0075

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTER ARTAJONA RODRIGO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

TURON ALCAINE JOSE MARIA  
SALAS ALCANTARA MARIA  
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA  
GARCIA LOPEZ ANA  
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR  
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA  
REAL CORDERO ESPERANZA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una evaluación de las sedaciones paliativas efectuadas en el período entre Mayo a Octubre de 2018 en el Hospital de Alcañiz. Fueron 8 pacientes, de los cuales solo se pudo acceder a la historia clínica de 6. Aunque en todos ellos constaba información de la autorización por la familia de medidas de confort y limitación del esfuerzo terapéutico, en un 50 % de los pacientes con historia disponible no se consiguió identificar de forma clara e inequívoca la autorización para la sedación paliativa. En todos los pacientes constaba el síntoma refractario, y se encontró registro de objetivo de sedación en el 60% de los pacientes. En 3 de los pacientes no hubo lugar para la verificación del cumplimiento de objetivo dado que fallecieron en el mismo día. En el resto no se encontró registro de cumplimiento de objetivo de sedación.

Tras esta primera evaluación se realizaron en el mes de Abril tres sesiones clínicas en el hospital:

o Día 9: El grupo de trabajo de enfermería del hospital en cuidados paliativos presentó a enfermería el procedimiento de cuidados paliativos del hospital. Posteriormente se realizó una sesión en cada planta del hospital

o Día 16. Adecuación y esfuerzo terapéutico.

o Día 30. Protocolo de sedación (colgado en la intranet del sector)

En cuanto a Atención Primaria no se pudieron obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre de 2018. Se comprobó que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente. No se ha registrado en ningún caso la objetivo de la sedación ni el cumplimiento del objetivo.

Como acción de mejora, se presentó el procedimiento de sedación paliativa en todos los centros de salud por parte del ESAD y se ha colgado el procedimiento en la intranet del sector (Octubre a Diciembre de 2019)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras esta intervención hemos procedido a reevaluar, esta vez hemos evaluado los pacientes que llevaron sedación paliativa en el hospital en el período comprendido entre el 1 de Octubre y el 31 de Diciembre de 2019. En este período recibieron sedación paliativa 27 pacientes, de los que se pudo acceder a la Historia clínica en 24, lo que supone que se han triplicado los pacientes en tratamiento respecto a los resultados del año anterior (y en 2018 se evaluó un mes más que en 2019).

Respecto a los indicadores un 70,8% constaba el registro inequívoco del consentimiento de la familia para la sedación paliativa, en un 75% de los pacientes constaba el síntoma refractario, mientras que el objetivo de sedación constaba en un 45,8% y el cumplimiento del objetivo en un 66% (hay que tener en cuenta que 5 pacientes fallecieron en el mismo día y no se pudo evaluar este indicador).

Comparado con los resultados iniciales observamos que se ha triplicado el número de pacientes en tratamiento con sedación paliativa, aunque se ha empeorado en los indicadores de consentimiento informado, objetivo de sedación y síntoma refractario, mejorando el de cumplimiento del objetivo. Al interpretar estos resultados hay que tener en cuenta que buena parte de los incumplimientos se han dado durante las tardes-noches en los registros del personal de guardia, mientras que en la primera evaluación fueron registros del servicio de medicina interna en su integridad.

No se ha evaluado atención primaria porque solo han pasado dos meses desde la intervención.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está en plena implementación. Por el momento es evidentes que tras la intervención en el hospital han aumentado considerablemente el número de pacientes sedados, aunque la calidad del registro ha empeorado, algo sobre lo que tendremos que actuar en el próximo año. En cualquier caso, es esperable que, si se van incorporando a la actividad nuevos profesionales, la variabilidad aumente. La forma ideal de asegurar el registro sería la creación de un formulario de sedación paliativa en historia clínica electrónica. Estamos pendientes del efecto de la intervención en atención primaria, donde vamos a tener los mismos problemas con el registro electrónico.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/75 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0075

Título  
PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:  
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.  
En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

**MÉTODO**  
Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:  
- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.  
- Consentimiento informado  
- Definición del nivel de sedación objetivo  
- Protocolo terapéutico propiamente dicho  
- Registros específicos

**INDICADORES**  
% de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)  
% de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)  
% de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)  
% de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)  
% de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

**DURACIÓN**  
El protocolo ya ha sido elaborado  
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo  
Enero 2019. Evaluación

**OBSERVACIONES**  
A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica.

Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables. Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0541

### 1. TÍTULO

#### GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUELA ALQUEZAR CIVERA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OYOLA CARMONA DAVID  
GONZALEZ GUIJARRO MARTA  
MORENO PARRA NATALIA  
ANGLES HERRERO MARIA ROSA  
ABELLA PEREZ CRISTINA  
GARCIA GUALLAR SONIA  
BAÑOLAS REDON NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de guía de técnicas de cuidados de enfermería para pacientes en domicilio. Actividad efectuada entre los meses de marzo a septiembre ambos inclusive.

Desde el 7 de Octubre de 2019 hasta el 7 de Enero del 2020 se entrega la guía a cada paciente que ingresa en el servicio, junto con un cuestionario de valoración de la formación recibida, que se recoge al alta del proceso asistencial, en este periodo ingresaron en el servicio 69 pacientes de los cuales 57 fueron dados de alta por curación o mejoría, de ellos 55 contestaron a la valoración final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El 100% de los pacientes que ingresaron en el periodo a estudio recibieron la guía de cuidados y el cuestionario de valoración.

- Se recogieron el 96,5% de los cuestionarios al alta.

- El 79% de los pacientes considera "muy adecuada" para su ingreso la información contenida en la guía.

- El 20,5% de los pacientes considera "adecuada" para su ingreso la información contenida en la guía.

- El 0,5% no contesta.

- El 93% de los pacientes considera que le ha sido de "mucha" utilidad para su proceso.

- El 6% la considera "bastante" útil y el 1% "poco o nada" útil.

- A la pregunta si han podido resolver su duda utilizando la guía y sin necesidad de llamar al servicio, un 99,5% de los pacientes lo ha conseguido, el 0,5% restante ha precisado consultar telefónicamente la duda.

- Respecto a los pacientes que habían sido usuarios del servicio antes del uso de la guía el 90% considera que la guía le ha ayudado "mucho" a mejorar los cuidados respecto a ingresos anteriores y el 10% restante considera que le ha ayudado "bastante".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la utilización de la guía de cuidados se percibe la reducción de las llamadas telefónicas para resolver dudas al servicio, disminuyendo además desplazamientos del personal a los domicilios.

Se objetiva por parte del cuidador una mayor seguridad, habilidad y conocimientos para la realización de los cuidados en el domicilio.

Se recomienda seguir entregando la guía a los pacientes/cuidadores ya que afianzan/refuerzan los conocimientos que se explican en el ingreso. De esta forma los cuidados a estos pacientes mejoran en calidad y seguridad.

7. OBSERVACIONES.

Nos hubiera resultado interesante poder aportar en esta memoria un archivo con la guía de cuidados elaborada.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/541 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0541

Título  
GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:  
ALQUEZAR CIVERA MANUELA, MORENO PARRA NATALIA, ANGLES HERRERO MARIA ROSA, OYOLA CARMONA DAVID, GONZALEZ GUIJARRO MARTA, ABELLA PEREZ CRISTINA, GARCIA GUALLAR SONIA, BAÑOLAS REDON NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Todas las edades

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0541

### 1. TÍTULO

#### GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y COMPLEJO  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO LOS PACIENTES Y/O EL CUIDADOR PRINCIPAL NO TIENEN EL CONOCIMIENTO SUFICIENTE NI LA CONFIANZA EN SI MISMOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS QUE SE LES DELEGAN, LO QUE SE TRADUCE EN LLAMADAS AL SERVICIO PARA RESOLVER DUDAS. ACTUALMENTE LA INFORMACIÓN SE TRANSMITE VERBALMENTE DURANTE LA VISITA, POR LO QUE LA INFORMACIÓN QUEDA CONDICIONADA A LAS CAPACIDADES DEL INTERLOCUTOR.  
EL OBJETO DE LA GUÍA ES SOLUCIONAR DUDAS Y DAR CONFIANZA EN LO QUE RESPECTA AL TRATAMIENTO Y TÉCNICAS.

#### RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL: REALIZACIÓN DE UNA GUÍA DE TÉCNICAS Y CUIDADOS PARA EL PACIENTE/CUIDADOR PRINCIPAL EN LA QUE QUEDEN REFLEJADAS LAS DISTINTAS TÉCNICAS Y TRATAMIENTOS QUE SE DELEGAN EN EL DOMICILIO.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- DOTAR AL PACIENTE/CUIDADOR DE UNA HERRAMIENTA DE INFORMACIÓN INDISPENSABLE PARA SUS CUIDADOS EN DOMICILIO.
- AUMENTAR LA CONFIANZA DEL PACIENTE/CUIDADOR PRINCIPAL.

#### MÉTODO

-IDENTIFICAR LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA MÁS HABITUALES Y QUE MÁS PROBLEMAS PRESENTAN: CONTROL DE GLUCEMIAS Y ADMINISTRACIÓN DE INSULINAS, OXIGENOTERAPIA Y NEBULIZACIONES, ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA, MANEJO DE SONDA VESICAL, ETC...  
- REALIZAR UNA GUÍA INFORMATIVA DE REALIZACIÓN DE LAS CITADAS TÉCNICAS Y OTRAS, QUE RESUELVA LAS POSIBLES DUDAS QUE SURJAN EN EL DOMICILIO.

#### INDICADORES

- % GUÍAS ENTREGADAS/TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO MEDIANTE RECIBÍ.
- CUESTIONARIO TIPO LIKERT CON PREGUNTAS SOBRE LA UTILIDAD DE LA GUÍA, TAREAS APRENDIDAS Y CONFIANZA EN LA REALIZACIÓN.
- ESPECIAL INTERÉS PRESENTAN LOS PACIENTES QUE HAYAN ESTADO INGRESADOS EN EL SERVICIO ANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LA GUÍA, COMPARATIVO ENTRE LOS DOS ESCENARIOS.

#### DURACIÓN

UN AÑO.

#### OBSERVACIONES

#### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1227

### 1. TÍTULO

#### GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC)HOSPITAL ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTER ARTAJONA RODRIGO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

LOPEZ ABAD CRISTINA  
QUINONES FERNANDEZ ARAIA  
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL  
BERTOLO GALINDO ISABEL  
LABORDA SEGURANA MARTA  
ARIÑO BORRAZ ARANZAZU  
SANZ VIDAL MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2019, se habian realizado sesiones informativas en los principales centros de Salud del sector (Andorra,Caspe, Híjar, Calanda, Maella, Alcañiz), explicando el circuito y funcionamiento de la parte hospitalaria del programa.

Se ha realizado gestion por procesos (circuito interno), para el adecuado funcionamiento en el hospital, explicando el procedimiento al área de urgencias y al área médica.

A lo largo del año 2019, se han recibido 127 interconsultas virtuales, hasta 350 atenciones en H.Dia (principalmente, para transfusiones, feroterapia, sueroterapia, tratamiento deplectivo, nebulizaciones o curas). En la consulta de UCC, han sido valorados 50 primeros dias y 380 consultas de seguimiento (tanto médico como enfermería). En cuanto a las llamadas telefónicas, se han registrado 106 llamadas al medico y 380 llamadas enfermería (entre recibidas/realizadas).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 95% de las interconsultas han sido respondidas a tiempo (dentro de las 48 horas), igualmente, tras el alta hospitalaria la enfermera de UCC llama en todas las ocasiones al equipo de atención primaria para recalcar datos importantes y pactar planes de intervención y seguimiento.

Hemos detectado un excesivo número de llamadas telefónicas (casi las mismas que interconsultas realizadas), que en muchas ocasiones no eran urgentes o por desestabilización del problema principal del paciente.

De los 696 pacientes incluidos en programa, hemos tenido contacto en la unidad con 379 pacientes (54,4%), bien a través de IC, consulta presencial, H.dia o ingreso en planta.

No todos los ingresos en la unidad han correspondido a pacientes del programa (por necesidades de espacio en el hospital...). Por otro lado un alto porcentaje de consultas solicitadas han sido para estudio del paciente no siendo éste el uso de este tipo de consulta. El elevado número de consultas de seguimiento nos hace replantearnos quien debe en cada caso asumir el peso del seguimiento de estos pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A lo largo de 2019, han sido incluidos en el programa hasta 696 pacientes. Esto ha incrementado la intervención a nivel hospitalario al existir mayor volumen de pacientes... Por todo ello, hemos detectado la necesidad de estratificar a nivel hospitalario este pool de pacientes en subgrupos, estableciendo tres niveles asistenciales: el nivel 1 (preferente) se detecta por múltiples reingresos en el último año por el mismo problema de salud, teniendo este subgrupo un seguimiento estrecho en consulta UCC o H.Dia con ingreso programado en ocasiones. En nivel 2, encajan los pacientes con reingresos en el último año por diferentes motivos médicos. El seguimiento suele hacerse desde primaria y en especialistas y UCC puede recibir mediante interconsulta virtual dudas o petición de cita para valoración en consulta. En el nivel 3 se encuentran todos los incluidos en el programa y la unidad puede recibir interconsulta o consultas puntuales, generalmente sin seguimiento en consulta de UCC. Estos niveles son dinámicos y los elabora semanalmente enfermería de UCC con el apoyo del médico. En nivel 1 existe unos 25 pacientes. Consideramos necesario volver a reunirnos con atención primaria para repasar aspectos clave (filosofía de la interconsulta y la derivación) e intentar optimizar el uso de la consulta de enfermería de forma más autónoma en el hospital así como disminuir consultas de seguimiento del médico. Por todo ello, habrá que reevaluar con la nueva intervención, junto con la aplicación de los niveles asistenciales a nivel hospitalario ya que de otro modo el sistema se satura y no pueden beneficiarse los más preferentes del circuito.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1227 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1227

Título  
GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO(UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1227

### 1. TÍTULO

#### GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC)HOSPITAL ALCAÑIZ

**Autores:**  
ARTAJONA RODRIGO ESTHER, LOPEZ ABAD CRISTINA, QUIÑONES FERNANDEZ ARAIA, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, BERTOLO GALINDO ISABEL, LABORDA SEGURANA MARTA, ARIÑO BORRAZ ARANZAZU, SANZ VIDAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Paciente clasificado con complejidad p> 99 y p> 97-99 según GMA (grupo de morbilidad asociado)  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En 2018,tuvo lugar la puesta en marcha del programa paciente crónico complejo en el sector Alcañiz. A nivel hospitalario, contamos con una unidad de 4 habitaciones dobles (8 camas), un pequeño hospital de día con 3 sillones y una consulta de medicina y enfermería. Al tratarse de un servicio de reciente creación, en la cartera de servicios del hospital, hemos detectado que no tiene bien desarrollado el proceso de la unidad, por lo que consideramos necesario el tener una guía consensuada con la que trabajar

#### RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios de actuación ante las distintas situaciones de derivación que se puedan dar en el programa, así como elaborar una gestión por procesos de la unidad con el fin de evitar en la medida de lo posible el tránsito de estos pacientes por el servicio de urgencias y colaborar con atención primaria como parte fundamental del programa, garantizando la valoración integral de los pacientes crónicos complejos.

#### MÉTODO

Subproceso de ingreso: camas, ingresos "programados", alta  
Subproceso revisión en consulta: revisión programada o urgente. Enfermería/Medicina  
Interconsulta virtual con atención primaria (contestación en 48 horas máximo)  
Hospital de día programado o valoración urgente  
Consulta telefónica (Medicina/enfermería)

#### INDICADORES

Realización del proceso si/no  
% interconsultas contestadas en plazo  
% pacientes ingresados con valoración integral (escalas)realizadas  
% consultas telefónicas resueltas/ comunicación con A.Primaria tras alta.  
% pacientes incluidos en UCC que frecuentan urgencias por descompensación de su problema de salud fundamental  
% ingresos UCC fuera de la unidad visitados por enfermería

#### DURACIÓN

A lo largo 2019

#### OBSERVACIONES

Tanto enfermería como medicina realiza sesiones clínicas formativas al personal implicado en el circuito asistencial, fundamentalmente en centros de salud del sector.

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0625

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES NAVARRO DORADO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

CALDERON MEZA JOSE MANUEL  
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN  
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE  
PALOS GUIJARRO LUIS  
MARTIN REMON JORGE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un manual de acogida de la consulta de vacunación donde existe un árbol de decisión para individualizar actuación vacunal.

Se anotó en programa de dispensación farmacéutica ambulatoria las actuaciones realizadas en cada acto vacunal. Con la mejora en módulos de Historia Clínica Electrónica se empieza a describir procesos de la consulta en dicha plataforma

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se crea manual de acogida donde ha evitado en un 100% de los casos la existencia de variabilidad en acto vacunal. En el 100% de los actos vacunales se han administrados correctamente. No existen incidencias en actos vacunales en nuestra consulta de vacunación.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En dispositivos de centros de salud existió una incidencia de acto vacunal al no seguir nuestras recomendaciones y se administró una pauta no secuencial de neumococo.

Existieron incidencias en trasportes de vacunas en el circuito creado con los centros de salud.

Faltaron charlas de formación a personal de enfermería porque a pesar de dar recomendaciones escritas existen dudas de nuestras recomendaciones.

#### 7. OBSERVACIONES.

El módulo de vacunas de Historia clínica electrónica ayudara a la comunicación de dosis administradas en cuanto se ponga en marcha dicho módulo.

Con este circuito se podrán valorar pautas administradas en especializada y primaria evitando duplicidades en vacunación.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/625 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0625

Título  
MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO

Autores:  
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pacientes con alguna inmunosupresión o con algún otro criterio de riesgo  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Con la incorporación de una nueva enfermera a la consulta de vacunación se ha observado que podría haber variabilidad de criterio de administración de vacunas en los pacientes de nuestra consulta de vacunación.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0625

### 1. TÍTULO

#### MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO

##### RESULTADOS ESPERADOS

Eliminar la variabilidad y crear arboles de decisiones para la correcta administración de vacunas de nuestros pacientes

##### MÉTODO

Se creará un manual de acogida con las diferentes situaciones que podrían ocasionar alguna duda en la vacunación. Se anotará en el programa informático de dispensación ambulatoria si existe alguna incidencia

##### INDICADORES

Vacunación correcta en los pacientes de nuestra consulta de vacunación (100%)

Se evaluarán todos los pacientes en el año y se analizará si ha existido o no alguna discrepancia en la toma de decisión

##### DURACIÓN

Anual

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0513

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES RUIZ ANDRES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

BAGAN SOLSONA PILAR  
GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE  
JASANADA FLORES CARMEN  
GRINON ALONSO MARIA ISABEL  
ABAS VILA VICTORIA  
NAVARRO PARDOS CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de las distintas técnicas para el rápido diagnóstico de los mecanismos de resistencia bacteriana, para identificar rápidamente aquellos pacientes con aislamientos de estas bacterias.

Las técnicas de detección rápida utilizadas han sido:

NG-Test CARBA 5 es un inmunoensayo rápido y visual para la detección de 5 carbapenemasas: KPC, VIM, IMP, OXA de colonia bacteriana obtenida en medio de cultivo de agar sólido tras 16h de incubación y procesadas en un tampón de extracción.

Realizados a aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a imipenem o meropenem y a aislados de enterobacterias en aquellos aislados con imipenem, meropenem con CMI =1 y ertapenem con CMI =0.5.

NG-Test CTX-M MULTI es un test rápido de inmunoensayo para la detección de grupos 1,2,8,9 y 25 CTX-M de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) producido por enterobacterias.

Realizados a aislados de enterobacterias que expresen la presencia de betalactamasas de espectro extendido.

NG-Test MCR-1 es una prueba rápida inmunológica para la detección de la enzima MCR-1 en una colonia bacteriana después de cultivo en agar sólido tras 16h de incubación y procesadas en un tampón de extracción.

Realizado a Pseudomonas aeruginosa con una sensibilidad intermedia o resistente a colistina.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: 100% de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa y se ha realizado el test rápido 5 carbapenemasas

Indicador 2: 100% de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias y se ha realizado el test rápido de 5 carbapenemasas.

Indicador 3: 93,9% % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias y se ha realizado el test rápido de CTX-M.

Indicador 4: No se ha aislado Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a colistina en ningún paciente. No procediendo la realización del test rápido MCR-1

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La emergencia de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido y de carbapenemasas, junto con Pseudomonas spp productoras de carbapenemasas, constituyen un reto para la salud pública. La presencia de betalactamasas de espectro extendido y/o carbapenemasas pueden conferir resistencia a la mayoría de los betalactámicos y son también resistentes a otros antimicrobianos de otras familias, como fluorquinolonas, aminoglicosidos y el cotrimoxazol.

La detección de carbapenemasas también supone un reto para los laboratorios de microbiología clínica, debido a que su detección fenotípica no es fácil. La introducción de los métodos rápidos de detección de betalactamasas de espectro extendido y de carbapenemasas mejora la detección de estos mecanismos de resistencia.

Estos métodos, para un rápido diagnóstico de los mecanismos de resistencia bacterianos, nos permiten ajustar un tratamiento antibiótico adecuado.

Debido a la posible diseminación de estas cepas a nivel intrahospitalario, es necesaria la rapidez en su identificación, tanto de las muestras clínicas como de las de vigilancia epidemiológica.

La incorporación de estas técnicas en la rutina del laboratorio, nos ha servido para aumentar la sensibilidad en su detección, así como una mayor rapidez diagnóstica, respecto de los métodos fenotípicos habituales

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/513 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0513

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 0513

Título  
MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, BAGAN SOLSONA PILAR, GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE, JASANADA FLORES CARMEN, GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL, ABAS VILA MARIA VICTORIA, NAVARRO PARDOS CARMEN, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

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

PROBLEMA  
El aumento de la prevalencia de los microorganismos resistentes a antibióticos está aumentando en Europa, causando brotes y epidemias en varios países.  
El empleo de antibióticos de amplio espectro, como tratamiento empírico en infecciones (sepsis e infecciones graves) puede conllevar el aumento de bacterias multiresistentes (MR)  
Un rápido diagnóstico de los mecanismos de resistencia bacterianos, permitirá un tratamiento antibiótico adecuado y la puesta en marcha de las medidas de aislamiento que requieren dichos microorganismos, para evitar su propagación, así como la aparición de posibles brotes hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS  
Identificar lo más rápidamente posible a los pacientes con aislamiento de bacterias con alta probabilidad de multiresistencias

MÉTODO  
Introducción de una técnica de detección rápida de:

- 5 Carbapenemasas: la  $\beta$ -lactamasa KPC (clase A de Amber). Metalo  $\beta$ -lactamasas de tipo IMP, VIM y NDM. La OXA 48 (clase D) en enterobacterias.  
-Se realizará un test rápido a los aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a Imipenem o Meropenem o CMI = 0.5mg/l y que en disco placa Imipenem-Imipenem/dpc = 7mm  
-En enterobacterias se realizará un test rápido a los aislados: Imipenem CMI  $\geq 1$  y/o Meropenem CMI  $\geq 1$  y/o Ertapenem CMI  $\geq 0.5$
- Los grupos 1,2,8,9 y 25 CTX-M de  $\beta$ -lactamasas de espectro ampliado (BLEA) producido por enterobacterias.  
-Se realizará un test rápido a los aislados de enterobacterias que expresen la presencia de una betalactamasa de espectro extendido.
- La enzima MCR-1, resistencia a colistina.  
- Se realizará un test rápido a los aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a Colistina.

INDICADORES  
Indicador 1: % de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa en los que se ha realizado el test rápido 5 carbapenemas. Estándar 90%

Indicador 2: % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias en los que se ha realizado el test rápido de 5 carbapenemas. Estándar 90%

Indicador 3: % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias en los que se ha realizado el test rápido de CTX-M. Estándar 90%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0513

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Indicador 4: % de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa en los que se ha realizado el test rápido MCR-1. Estándar 90%

#### DURACIÓN

Fecha inicio: marzo 2019

Fecha finalización: 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 - 2019/0881

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SARA BIELSA GRACIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

GRACIA GARCIA OLGA  
LOPEZ ALEJANDRE IGNACIO  
BARRIENTOS REVILLA ELENA  
ANTORAN MORENO MARIOLA  
IBÁÑEZ MOLERO RAQUEL  
ORDOÑEZ FERRER MARIA DEL MAR  
MARRIUTANU ANCA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de una hoja de evaluación de factores pronósticos de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada:
  - a. La página uno incluye una tabla con el grupo de factores pronósticos de mayor peso, junto a un apartado que recoge deseos/voluntades del paciente y finalmente la terapia renal hacia la que se orienta.
  - b. En la página 2, se registran toda una serie de ítems para desarrollar una valoración geriátrica integral dirigida a aquellos pacientes en los que se considere necesaria una evaluación previa a la decisión terapéutica.
  - c. En apartados anexos, se elaboró una recopilación de los principales test de evaluación geriátrica los cuales están a disposición del personal facultativo y de enfermería en la consulta ERCA.
    - Test de Frail para evaluar la fragilidad del paciente
    - Valoración de la capacidad funcional:
      - o Test de Barthel para la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria
      - o Escala de Lawton y Brody para la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
      - o Pruebas de ejecución, para valorar la marcha, el equilibrio y la movilidad mediante la evaluación de una Serie corta de rendimiento físico (SPPB)
    - Prueba de valoración cognitiva: test de Pfeiffer
    - Valoración nutricional:
      - o Medidas antropométricas: peso, talla, cintura
      - o Parámetros de laboratorio relacionados
      - o Composición corporal: Bioimpedancia
    - Valoración de la ansiedad y la depresión: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
    - Valoración de la calidad de vida mediante escala analógica visual.
2. Elaboración de un tríptico informativo sobre tratamiento renal conservador para pacientes con ERCA y sus familiares. Revisado por el servicio de Calidad del Hospital de Alcañiz dese el 13 de junio de 2019 y entregado a partir de esa fecha a pacientes subsidiarios a TRC.
3. Elaboración de folleto informativo y de orientación terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada bajo tratamiento renal conservador, dirigido a Atención Primaria y ESAD.
4. Reunión con ESAD para coordinar la atención a pacientes con TRC (11 de Julio de 2019), de la misma trascendió:
  - a. Sesión informativa impartida por Nefrología sobre la ERCA y sus posibilidades de tratamiento, con especial desarrollo de las indicaciones y recomendaciones de manejo de pacientes con TRC.
  - b. Se acordó el momento entorno al cuál se considera recomendable la solicitud de la valoración por el ESAD, así como la vía para canalizar la misma.
  - c. Se propuso la posibilidad de realizar un episodio sobre tratamiento renal conservador en el que poder plasmar la información pertinente a cada paciente en relación a esta enfermedad y su plan terapéutico. Sin embargo, desde el ESAD, en el momento actual, aunque disponen de medios para poder acceder a la HCE, todavía no es posible que puedan introducir en ella información. Por lo que, en caso necesario, se acordó facilitar por su parte información por escrito al paciente o familiares, quienes la transmitirán a su vez a Atención Primaria y/o Nefrología.
5. Reunión con Roberto González de Mendibil Astondo, Director de Atención Primaria del Sector de Alcañiz. En la misma, se llevó a cabo una puesta en conocimiento del proyecto con la finalidad de hacer partícipes a los médicos de Atención Primaria y se presentó el folleto informativo dirigido a los mismos para facilitar una actualización del conocimiento sobre el manejo específico de pacientes bajo TRC. Se acordó enviar un mensaje informativo al personal facultativo, así como poner a su disposición el folleto informativo sobre el manejo de los pacientes con TRC a través de la Intranet (apartado de Calidad).
6. Desde el mes de junio y tras la revisión del folleto informativo para pacientes y familiares, se ha entregado a aquellos pacientes incluidos en tratamiento renal conservador evaluados en nuestra consulta, junto con la información verbal correspondiente.
7. Se ha solicitado la colaboración del ESAD para la atención de aquellos pacientes que por su condición clínica han precisado atención domiciliaria por este equipo.
8. Creación progresiva, en aquellos pacientes que han sido revisados en nuestra consulta, de un episodio clínico en la historia clínica electrónica titulado Tratamiento Renal Conservador, como recurso para realizar un abordaje multidisciplinar unificado y coordinado.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0881

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

##### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de 31 de enero de 2020 existen 56 pacientes en seguimiento por Nefrología en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada. De ellos un 67.9% (n= 38) fueron varones. La mediana de edad de los mismos se sitúa en los 82 años (rango intercuartílico 16.25 años). Con una mediana de Filtrado glomerular estimado por la fórmula CDK-EPI en el momento de la remisión de 19 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (rango intercuartílico= 6.8 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) y de 18 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (rango intercuartílico= 8 ml/min/1.73m<sup>2</sup>) en su última revisión en consulta. En el 41.1% de los casos (23/56) la etiología de la ERC fue de causa vascular, seguida en frecuencia por la Nefropatía diabética en un 19.6% de los casos (11/56). El porcentaje de pacientes con orientación hacia un tratamiento renal conservador en la consulta ERCA asciende al 53.6% de los pacientes (n= 30) aunque sólo 13 de ellos presenta en el momento actual un FGe<15 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (23.2% de los pacientes de la consulta ERCA). Por grupos de edad, dentro del total de pacientes orientados a TRC identificamos, un 3.3% (n=1) con edad inferior a 75 años; otro 3.3% (n=1) entre 75 y 80 años y un 93.3% (n=28) con edad superior a 80 años. Ha sido necesaria realizar una evaluación geriátrica completa en tan sólo un 5.4% de los pacientes (n=3). Una mujer de 79 años y un hombre y otra mujer de 83 y 82 años respectivamente. Se ha entregado el tríptico informativo sobre Tratamiento Renal Conservador a un 18.5% de los pacientes de la consulta ERCA (n=10). Se ha solicitado la colaboración con el ESAD en el 8.9% de los pacientes de la consulta ERCA (n=5). Han fallecido un 10.9% de los pacientes de la consulta ERCA (n=6). Aunque 2 presentaban un FGe>15 ml/min/1.73m<sup>2</sup> en la revisión previa y la causa del éxito fue ajena a la ERCA (Adenocarcinoma de colon y Sepsis de origen urinario). La mortalidad en el grupo con FG<15 alcanzó el 20% de la muestra, todos ellos con una edad superior a 80 años. La mediana de supervivencia de los pacientes en TRC desde que su FGe cae por debajo de 15 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, hasta el momento actual o momento de la muerte ha sido de 9 meses (rango intercuartílico 12.25). Siendo de 2 meses en menores de 75 años (n=1); 0 meses entre los 75-80 años (n=1) y de 9 meses en mayores de 80 años (n=11). Aunque el tiempo de seguimiento en algunos casos es muy limitado, por lo que estos datos deben ser interpretados con cautela. Inicialmente se planificó realizar un registro de la calidad de vida de los pacientes mediante su evaluación con Escala Analógica Visual, pero a menudo el seguimiento de estos pacientes se ha llevado a cabo en nuestra consulta por mediación de la asistencia de familiares y no del propio paciente, por lo que no hemos podido obtener hasta el momento esta información.

##### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el año 2019, desde el servicio de Nefrología se han implementado medidas dirigidas a mejorar la calidad de la atención al paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada candidato a un tratamiento renal conservador. Ello ha permitido disponer de un protocolo de cribado con herramientas accesibles en consulta, junto con información escrita para remitir tanto al paciente, sus familiares y médicos de Atención Primaria. Así mismo, ha permitido establecer unos canales de derivación consensuados con el centro de referencia para ofrecer a los pacientes un tratamiento paliativo domiciliario. El volumen de pacientes registrado mayores de 75 años es considerable, por lo que el impacto en la práctica clínica de este programa tiene un peso importante en el sector de Alcañiz. Continuar la evaluación de los resultados de supervivencia y calidad de vida de estos pacientes contribuiría a la recopilación de experiencia de centro, lo cual en la actualidad suscita interés en el área de los Cuidados Paliativos y la Nefrología.

##### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/881 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0881

Título  
PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

Autores:  
BIELSA GRACIA SARA, GRACIA GARCIA OLGA, LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, BARRIENTOS REVILLA ELENA, ANTORAN MORENO MARIOLA, IBAÑEZ MOLERO RAQUEL, ORDÓÑEZ FERRER MARIA DEL MAR, MARRIUTANU ANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica Avanzada  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0881

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

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

#### PROBLEMA

El tratamiento renal conservador (TRC) es una alternativa válida frente a la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), especialmente en pacientes de edad avanzada con factores de mal pronóstico y para aquellos que no quieren diálisis. Es fundamental que todo programa de TRC vaya acompañado de un programa eficaz y organizado de Cuidados Paliativos.

En nuestra unidad hemos detectado que en ocasiones se plantean dudas en la selección de pacientes candidatos a TRC, así como fallos en la toma de contacto con otros especialistas implicados en la atención de estos pacientes. Con este proyecto queremos mejorar la calidad de la atención de los pacientes con ERCA estableciendo un protocolo de cribado que nos ayude a diferenciar a los candidatos idóneos para esta terapia y mejorar la coordinación con otros especialistas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto dirigido a pacientes con ERCA que optan a un tratamiento conservador:

- FGe < 15 ml/min/1.73m<sup>2</sup> y factores de mal pronóstico
  - Pacientes que rechazan la diálisis
  - Pacientes en diálisis con criterios de retirada de terapia renal sustitutiva
- Con este proyecto trataremos de ofrecer un plan de cuidado integral centrado en el paciente con los objetivos:
1. Valorar qué pacientes con ERCA se beneficiarán de TRC
  2. Comunicación detallada y toma de decisiones compartida con el paciente
  3. Retrasar progresión de la ERCA y sus complicaciones
  4. Manejo del dolor y otros síntomas que puedan aparecer
  5. Plan de Cuidados Paliativos Avanzados y cuidados al final de vida adecuadamente coordinado

#### MÉTODO

1. Reunión entre Nefrología y el ESAD de Alcañiz, para coordinar el trabajo y aunar criterios de atención a estos pacientes
2. Elaboración y cumplimentación de una hoja de evaluación que abordará una exploración detallada de factores pronósticos, junto con un registro de la información comunicada al paciente y sus deseos y valores. El objetivo de la misma será valorar qué pacientes en ERCA se beneficiarán de un TRC, incluirá un registro de parámetros clínicos y de laboratorio. Cuando las características del paciente sugieran la presencia de un estado de fragilidad, deterioro de la capacidad funcional o cognitivo, se realizará una evaluación de las mismas mediante el empleo de test y pruebas específicos
3. Elaboración de material psicoeducativo para pacientes y familiares acerca de la ERCA y su manejo conservador
4. Oferta de una atención clínica multidisciplinar a los pacientes en TRC que incorpore:
  - a. Atención en consulta de enfermería nefrológica con entrega y explicación de material psicoeducativo previamente mencionado, junto con asesoramiento individualizado sobre dieta y estilo de vida
  - b. Seguimiento programado en Nefrología en función del grado de estabilidad clínica
  - c. Derivación de pacientes que requieran seguimiento domiciliario o en situación de últimos días al ESAD para su atención conjunta
  - d. Evaluación del dolor y los síntomas urémicos en cada visita con instauración de las medidas oportunas
  - e. Proporcionar a médicos de Atención Primaria información acerca del manejo de complicaciones agudas que puedan aparecer mediante la creación de un documento
  - f. Puesta en marcha de un registro de actividad clínica específico de TRC en la historia clínica electrónica común para Nefrología, ESAD, Atención Primaria y cualquier otro profesional que participe en el mismo
  - g. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes en TRC

#### INDICADORES

Los indicadores señalados a continuación tratarán de reflejar los resultados de la actividad de la Unidad respecto al TRC. Estándares no establecidos en la actualidad (Evaluación anual):

- Porcentaje pacientes > 75 años en TRC
- Porcentaje pacientes > 80 años en TRC
- Mediana de supervivencia en TRC por subgrupos de edad: < 75, > 75 y >80 años
- Porcentaje pacientes en TRC con acceso a atención multidisciplinar
- Mediana de calidad de vida percibida por el paciente en TRC en el momento de inclusión, a los 3 y a los 6 meses

#### DURACIÓN

Anual y revisable cada año. Los responsables de su implantación serán los nefrólogos del hospital de Alcañiz (Dra Gracia, Dr López y Dra Bielsa)

#### Calendario:

- Elaboración de tríptico informativo sobre TRC (marzo 2019)
- Elaboración de hoja de evaluación-orientación terapéutica de pacientes (marzo 2019)
- Elaboración de documento informativo para Atención Primaria (abril 2019)
- Reunión entre Nefrología y el ESAD de Alcañiz (abril 2019)
- Cumplimentados los anteriores, se iniciará la aplicación del proyecto con pacientes

#### OBSERVACIONES



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0881**

**1. TÍTULO**

**PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR**

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA BALLESTER MARCO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO  
BELTRAN MARIN IRENE  
SARRION MOCHALES MONTSERRAT  
SANCHEZ PISA ENCARNA  
FOZ PELLICER SILVIA  
SANMARTIN ANDREU MARIA JOSE  
SODRIC TELLO MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se han realizado actividades reiteradas de comunicación con el servicio de urgencias, dentro de la cual ha seguido recibiendo un papel fundamental el correcto manejo del AIT. Se ha hecho hincapié en el uso de las escalas estandarizadas tanto en la historia clínica electrónica como en el PCH, todo con el objetivo de minimizar la tasa de repetición de eventos vasculares y facilitar por tanto una asistencia de mayor calidad al paciente.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha valorado mismo periodo de tiempo que en el año anterior, meses de diciembre y enero de los años 2019 y 2020 respectivamente para poder comparar con los datos recogidos en el año previo y el anterior, habiéndose valorado en total un grupo con diagnóstico de AIT en nuestro servicio de urgencias de 12 pacientes. Destaca que, de los 12 pacientes descritos, 3 de ellos no fueron verdaderos ICTUS y de estos, uno solicito la alta voluntaria por lo que el registro real se ha realizado en base a 9 paciente con una media de edad de 74,6 años. El 100% de los mismos, fueron valorados por Neurología previamente al alta en un periodo no superior a 24 horas, y la valoración incluyó la exploración, TAC cerebral, realización de doppler de troncos supraaórticos (y en caso necesario doppler transcraneal) y el tratamiento de prevención de secundaria al alta. Por otro lado, se produce un aumento del uso de la escala ABCD2, realizándose bien por parte del servicio de urgencias o NRL hasta en el 90 % de los pacientes, y motivando el ingreso por registro de riesgo de recurrencia moderado o alto en el 50% del paciente, teniendo en cuenta que el otro 50% dado el estado basal del paciente y escala de discapacidad, no se consideró necesario al valorar el riesgo beneficio. Aunque no estaba en nuestros objetivos hemos medido otros indicadores:  
% de altas directas sin observación de 24 horas: 40% (estándar 0%)  
%de pacientes con sospecha de AIT a los que se ha pasado la escala de ABCD2: 90%  
% pacientes en los que ha repetido ICTUS / AIT tras AIT: 0% en primeras 48 horas, 7 días, y a los 3 meses, siendo del 11.1% a lo largo del primer año tras el evento (año 2018 fue de un 20%).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A día de hoy, el AIT sigue siendo una patología importante por el riesgo de recurrencia que acarrea. Destacar que se cumple el objetivo de nuestro proyecto, evidenciándose la realización de las pruebas complementarias indicadas en el protocolo en el 100% de los pacientes. Se ha mejorado sensiblemente la implementación de la escala ABCD2 que ha pasado de una cumplimentación de un 10 % en 2017/2018 al 90% de los pacientes en 2019/2020. También hemos conseguido una reducción de la tasa de recurrencia de ictus con una mejora de un 9% en un año. Sin embargo, queda amplio espacio para la mejora en la observación mínimo recomendado de 24 horas de todos los pacientes (solo 60% fueron observados en este período) que vamos a proponer como proyecto de mejora al servicio de Urgencias para el año 2020.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/402 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0402

Título  
ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

Autores:  
MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SARRION MOCHALES MONTSERRAT, SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE, RIOS GARCIA ISABEL, REGALES POZA NATALIA, FOZ PELLICER SILVIA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

El Accidente isquémico transitorio (AIT) es un "Episodio breve de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas típicamente duran < 1 hora, sin necrosis del tejido cerebral. Si hay un déficit neurológico aislado pero las pruebas de imagen se aprecia una imagen isquémica el diagnóstico no será AIT. El 23% de los ictus están precedidos por AITs en la semana previa. Pero el AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica. Se ha evidenciado que es mayor el riesgo de eventos vasculares tras un AIT si se demuestra enfermedad significativa de gran vaso o la aparición de lesión en la secuencia de difusión en el estudio de RM. En el Proceso ictus del hospital de Alcañiz con fecha de noviembre de 2016 se define el protocolo de actuación del paciente que acude a Urgencias con sospecha de AIT. El protocolo se está siguiendo, pero la incorporación a la cartera de servicios del Doppler transcraneal y la puesta en marcha del Área de ictus son elementos que contribuirán a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes con AIT.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Actualizar el Proceso de Atención al AIT.
- Realizar un diagnóstico precoz del AIT, diferenciándolo de otros procesos que podrían simularlo.
- Realizar el mismo día la consulta, las pruebas complementarias indicadas por parte de Neurología, establecer el riesgo vascular, iniciar la prevención secundaria y completar un informe de asistencia en Historia clínica electrónica.

##### MÉTODO

- Elaboración de un nuevo Procedimiento de Atención al AIT. Creación de base de datos de AIT.
- Sesiones de formación para Urgencias, Neurología, Medicina Interna, Enfermería área de ictus y Atención Primaria.
- Difusión a los servicios relacionados

##### INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Determinar el porcentaje de pacientes que ante la sospecha de AIT en urgencias realmente tienen esta patología
- Tasa de ingreso por AIT (nº AIT ingresados/nº AITs urgencias)
- Estancia media de pacientes con AIT en Area de Ictus/Hospitalización convencional
- Porcentaje de pacientes que presentan un ictus tras AIT en las primeras 48 horas, 1 semana, 4 semanas, 3 meses y un año.
- Porcentaje de pacientes en los que se precisa realizar RMN craneal con difusión, y estudio cardiológico.

##### DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Mayo-Junio 2018
- Reuniones del equipo de trabajo y Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2018
- Implementación en la práctica habitual: Julio-Diciembre de 2018

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402**

**1. TÍTULO**

**ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO. CREACIÓN CLÍNICA AIT**

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONTSERRAT SARRION MOCHALES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

FOZ PELLICER SILVIA  
SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE  
BALLESTER MARCO LAURA  
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO  
BELTRAN MARIN IRENE  
SANCHEZ PISA ENCARNNA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un equipo de trabajo y se elaboró un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se había detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda. Los pacientes en consulta son pesados, medidos y se realiza la encuesta EAT-10 para evaluación subjetiva de la disfagia. Se realiza también una exploración física y el test de deglución (MECV-V). Posteriormente, según resultados se realiza educación terapéutica en función de las necesidades detectadas. En aquellos pacientes en los que el test de deglución ha vuelto a salir positivo, se realiza un seguimiento en la consulta, dándose de alta los que den un resultado negativo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se produjeron 21 casos con test de disfagia positivo en hospitalización, de los que se derivaron a la consulta 12 pacientes, ya que 2 no fueron derivados y 7 se trasladaron a otro sector/comunidad. De los 12 pacientes, uno falleció antes de acudir y dos no acudieron por voluntad propia. De los 9 que asistieron, 4 presentaron test de deglución positivo, a los demás se les dió el alta, tras recibir educación terapéutica básica. En los que presentaron test positivo se realizaron intervenciones específicas. Ninguno de los pacientes ha requerido nutrición enteral, ya sea por sonda o por PEG. Ninguno de los pacientes en seguimiento ha presentado neumonía o fiebre. No ha sido posible realizar valoración ponderal, ya que no se pesa al paciente durante la hospitalización.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque han sido pocos los casos que han presentado test de deglución positivo, en los pacientes que hemos atendido no se han producido complicaciones ni han requerido nutrición enteral. Sería conveniente que se pesara a los pacientes en hospitalización para poder valorar la reducción ponderal. También sería conveniente que en estos pacientes se monitorizara el peso al alta en atención primaria, algo que tendremos que señalar en los informes de continuidad de cuidados.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/406 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0406

Título  
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Autores:  
SARRION MOCHALES MONTSERRAT, FOZ PELLICER SILVIA, SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE, MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SANCHEZ PISA ENCARNNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque .....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

### 1. TÍTULO

#### SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Los protocolos de cribado de disfagia se han recomendado ampliamente para identificar pacientes con riesgo de aspiración. La AHA conviene que hay suficiente evidencia que apoya la eficiencia de realizar protocolos de cribado de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia tras ictus. Se ha presentado el protocolo de seguimiento de disfagia en pacientes ambulatorios neurológicos en el Hospital de Alcañiz mostrando un beneficio clínico.

Hemos detectado que los pacientes hospitalizados en los que se objetiva una disfagia no se remiten a la consulta de disfagia para seguimiento evolutivo de la misma.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr un seguimiento adecuado de pacientes en los que se detecta disfagia tras un ictus.
- Evitar las complicaciones derivadas de una disfagia no tratada
- Detectar precozmente la necesidad de nutrición por vía enteral.

##### MÉTODO

- Creación de un equipo de trabajo
- Elaboración de un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se ha detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda para mantener su continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.
- Evaluación de la evolución de la disfagia postictal
- Evaluar el grado satisfacción de los usuarios/familiares.
- Difusión a los servicios relacionados

##### INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Número de visitas por cada paciente hasta el alta
- % pacientes que desarrollan neumonía, pérdida ponderal o fiebre de origen desconocido durante el seguimiento.
- % pacientes que precisarán de nutrición enteral
- Grado Satisfacción de los usuarios/familiares

##### DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2018
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril 2018
- Implementación en la práctica habitual: Mayo 2018.

##### OBSERVACIONES

Los resultados que se esperan obtener son:

- La nutrición de los pacientes con ictus y disfagia debe ser segura y adecuada
- Evitar neumonías por broncoaspiración, fiebres de origen desconocido y pérdida ponderal.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0396

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ VICENTE LOPEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

ADIEGO CALVO IGNACIO  
ANDREU GISTERT MARIA PILAR  
BALFAGON GOMEZ MARIA CARMEN  
GARCIA SALINAS MARIA ESPERANZA  
BARRABES SANCHEZ MIRIAM  
SANCHO VIVES ESTHER  
GONZALEZ VAQUERO CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado la bibliografía de nuestro entorno y del ministerio de sanidad y consumo, consensuando conductas con los servicios de anatomía patológica, genética y microbiología, estableciendo un procedimiento de actuación con especial énfasis en la identificación de las muestras, las distintas pruebas a analizar según la edad gestacional y el destino final del producto del parto en el que la última palabra la tienen los progenitores. Se ha realizado un check list que incluye los documentos a rellenar las pruebas a solicitar, las autorizaciones pertinentes y el destino de los restos. Además, se han realizado formatos de autorización de estudio post mortem, aceptación del cadáver y renuncia al cadáver y autorización de incineración. Además, se ha realizado una hoja de registro para celadores en la que consta quien baja la muestra al depósito, lugar en el que se deja, fecha y hora. Este documento se recoge y guarda en lugar específico del servicio. Una vez finalizado el procedimiento se presentó en sesión clínica a todo el personal de paritorio (matronas, ginecólogos, TCAE y enfermería).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 se detectaron 3 incidencias relacionadas con la gestión del producto de abortos de segundo trimestre y feto muerto. En 2019 no se ha detectado ninguna. Al inicio del proyecto obtuvimos un NPR de 576 y actualmente sale un NPR de 8 por baja probabilidad de ocurrencia y alta capacidad de detección.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la literatura y el consenso con los servicios implicados nos ha permitido disponer de un procedimiento de gestión de producto de abortos de segundo trimestre y feto muerto ha permitido aclarar a todos los miembros del servicio la actuación a seguir, que hasta el momento no existía y se producía con una variabilidad no deseada.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/396 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0396

Título  
PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS

Autores:  
VICENTE LOPEZ BEATRIZ, ADIEGO CALVO IGNACIO, ANDREU GIBERT MARIA PILAR, BALFAGON GOMEZ MARIA CARMEN, GARCI SALINA MARIA ESPERANZA, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, SANCHO VIVES ESTHER, GONZALEZ VAQUERO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0396

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS

##### PROBLEMA

Hemos encontrado varias incidencias relativas a la gestión del producto de un alumbramiento con feto muerto. Al analizar la situación nos encontramos con que el personal desconoce la actuación o el procedimiento a seguir.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Evitar las incidencias repetidas relacionadas con la gestión del producto de un alumbramiento con feto muerto. Establecer pautas de actuación, para que el feto llega en las mejores condiciones al servicio de Anatomía Patológica.

##### MÉTODO

- Establecer unas instrucciones técnicas
- Consensuar la decisión de realizar biopsia y/o autopsia, revisando documentación vigente y normativa para estos casos
- Diseñar los registros necesarios para mantener la trazabilidad
- Formación a los profesionales implicados (médicos, personal de quirófanos, matronas y auxiliares de clínica).

##### INDICADORES

Número de incidencias presentadas en 2019 (Estándar 0%)

##### DURACIÓN

Febrero-Septiembre 2019: Establecer las instrucciones técnicas a seguir, consensuando la decisión de realizar biopsia y/o autopsia con el servicio de A P, revisando documentación vigente y normativa para estos casos. Diseñar los registros necesarios para mantener la trazabilidad

Septiembre-Noviembre 2019: Formación a los profesionales implicados (médicos, personal de quirófanos, matronas y auxiliares de clínica).

Diciembre 2019: Evaluar la situación y valorar el indicador.

##### 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 - 2019/0352

### 1. TÍTULO

#### "PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS"

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN EGEA ESTOPIÑAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

LATRE REBLED BEATRIZ  
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER  
CASORRAN BERGES MARTA  
GELI JUNYER CARMEN  
BELLES CENTELLES SANDRA  
GASION CARCELLER VANESA  
VICENTE NAVARRO MARTA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presentó un proyecto de actualización de screening en pacientes con tratamiento antipalúdico conjuntamente entre el servicio de Reumatología y Oftalmología para coordinar el manejo de estos pacientes, y establecer una pautas conjuntas y consensuadas para detectar de manera precoz la maculopatía que puede aparecer asociada a dichos fármacos; por lo que se establecieron las siguientes actividades:

- Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología y de Reumatología, constituido por facultativos y enfermeras.
  - Se convocaron tres reuniones a lo largo del año para la distribución de las tareas y el seguimiento del proyecto
  - La formación "PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS" por parte del servicio de Oftalmología y Reumatología ha consistido en varias sesiones conjuntas donde se han expuesto aspectos teóricos y prácticos sobre el abordaje multidisciplinar de la toxicidad por antipalúdicos, así como la formación en las distintas pruebas y técnicas a los que van a ser sometidos los pacientes.
  - Se han revisado y adaptado de forma consensuada y estandarizada los protocolos de dicho proyecto, en función del diagnóstico para mejora del screening y de un posible tratamiento precoz
  - Del mismo modo, se revisaron y consensuaron protocolos de screening en función del diagnóstico e indicación, y se registraron en una tabla para facilitar y agilizar al facultativo.
  - Se ha instruido al personal de enfermería para la realización de las diversas pruebas (agudeza visual, una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y una campimetría central tipo Humphrey 10-2)
  - Se ha elaborado un procedimiento clínico que incluye las siguientes actuaciones:  
Por parte del servicio de oftalmología se realizará una visita basal al inicio del tratamiento (Realizando un examen oftalmológico completo, con especial atención a las patologías maculares; una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y una campimetría central tipo Humphrey 10-2 y la autofluorescencia mediante funduscopia)
- La siguiente revisión sera a los 5 años de tratamiento sin factores de riesgo concomitantes y dosis adecuada. A partir de aquí se programan revisiones anuales, con las mismas pruebas del inicio. Además se incorpora el protocolo a la Intranet del Sector de Alcañiz.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1- 100% ha sido el porcentaje de pacientes a los que se les inicia tratamiento con antipalúdicos en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para realizar el screening.
- 2- 100% ha sido el porcentaje de pacientes en tratamiento con antipalúdicos de síntesis a los que se les ha realizado correctamente el screening junto con el control de las pruebas realizadas, y valoración de su resultado.
- 3- 100% ha sido el porcentaje de pacientes en tratamiento con antipalúdicos y en seguimiento en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para iniciar el protocolo.
- 4- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del "PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS" ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos muy incipientes de maculopatía y así hemos podido suspender el tratamiento muy precozmente, o incluso no iniciarlo si ya tenían una maculopatía importante de base al igual que monitorizar a todos los pacientes mejorando y optimizando recursos, tratamientos y tiempos de consulta.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/352 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0352

### 1. TÍTULO

#### "PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS"

Nº de registro: 0352

Título  
PROYECTO DE ACTUALIZACION EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALUDICOS

Autores:  
EGEA ESTOPIÑAN CARMEN, LATRE REBLED BEATRIZ, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, CASORRAN BERGES MARTA, GELI JUNYER CARMEN, LARIO MARCO SANDRA, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
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 toxicidad retiniana por cloroquina (CQ) y su análogo hidroxicloloroquina (HCQ) fármacos derivados de la 4-aminoquinolina, ha sido bien conocida desde hace años.  
Ambos fueron empleados en el tratamiento de la malaria, aunque actualmente se indican en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes (Lupus, Artritis Reumatoide, Síndrome antifosfolípido, etc)  
Su empleo ha aumentado de forma drástica debido a su gran capacidad de inmunomodulación, con un aceptable perfil de seguridad, bajo coste y ausencia de inmunosupresión. Estos fármacos se excretan fundamentalmente a nivel renal y hepático.  
Ambos fármacos presentan una toxicidad ocular dosis dependiente relativamente predecible.  
La dosis recomendada como seguras son CQ dosis inferior a 2,3 mgr/kg peso real/día y para la HCQ es inferior a 5 mgr/Kg peso real/día  
La presencia de toxicidad retiniana es poco frecuente (inferior al 1%) se las dosis del fármaco empleadas son las adecuadas. Sin embargo, el aumento en su prescripción, así como la edad temprana de inicio del fármaco hacen que sea necesario establecer unas pautas de screening para evitar la aparición de lesiones severas e irreversibles.

RESULTADOS ESPERADOS  
Actualizar y proporcionar una nueva estrategia de screening en pacientes con tratamiento antipaludico conjuntamente entre el servicio de Reumatología y Oftalmología para coordinar el manejo de estos pacientes y poder establecer unas pautas conjuntas para detectar de manera precoz la maculopatía asociada.  
Por parte del servicio de oftalmología se realizará una visita basal al inicio del tratamiento (Realizando un examen oftalmológico completo, con especial atención a las patologías maculares; una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y una campimetría central tipo Humphrey 10-2, la autofluorescencia mediante funduscopia. La siguiente revisión sería a los 5 años de tratamiento sin factores de riesgo concomitantes y dosis adecuada. A partir de aquí se programarían revisiones anuales, con las mismas pruebas del inicio. Además, esperamos incorporar el protocolo a la Intranet del Sector de Alcañiz.

MÉTODO  
- Estableceremos un grupo de trabajo para la elaboración de todo el proyecto, y programaremos reuniones periódicas para el seguimiento del mismo.  
- Elaboración del protocolo de screening de pacientes con tratamiento antipaludicos.  
- Se realizarán sesiones informativas en el Servicio para informar convenientemente de todo este proceso.  
- Finalmente se incorporará el protocolo a la web, para su difusión.

INDICADORES  
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con antipaludicos de síntesis a los que se les ha realizado correctamente el screening.  
- Control de las pruebas realizadas, y valoración de su resultado.  
- Porcentaje de pacientes a los que se les inicia tratamiento con antipaludicos en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para realizar el screening.  
Porcentaje de pacientes en tratamiento con antipaludicos y en seguimiento en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para iniciar el protocolo.  
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet

DURACIÓN  
Durante el transcurso de 2019, con fecha de finalización en el primer trimestre de 2020.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0352**

**1. TÍTULO**

**“PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS”**

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 - 2019/0491

### 1. TÍTULO

#### GUIA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESPERANZA REAL CORDERO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRAZ MIR INMACULADA  
PEREZ GUILLEN CRISTINA  
BERNARDO BAYON ELENA  
RUIZ HERNANDEZ CARMEN  
DOSSANTOS PONZ ANABEL  
RODA ARTAL MARTA  
ROCA PONZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Sesion clinica dirigida a todo el personal del hospital sobre la sensibilizacion en cuidados paliativos.  
-Creacion de un grupo de trabajo de enfermeras y tcaes (una de cada servicio del hospital) con reuniones mensuales, donde se trataban temas realionados con la practica diaria relativa a los cuidados paliativos.  
-Elaboracion de una guia de consulta sobre cuidaddos paliativos.  
-Implantacion de la guia dentro de cada servicio por parte de las colaboradoras del grupo de trabajo, mediante una sesion clinica en cada unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La guía ha sido bien aceptada por todo el personal del hospital.  
Conocimiento de la persona de apoyo dentro de cada servicio en relacion a dudas sobre pacientes o los cuidados a realizar.  
La guía también ha sido difundida a nivel de atención primaria para su consulta.  
La guía ha sido incorporada a la intranet para su consulta virtual además de tenerla en los servicios en formato papel.  
Mayor coordinación entre la enfermería de los diferentes niveles asistenciales (de especializada a primaria), además de los propios del hospital, ej: de planta a hospital de día o Hospitalización a domicilio.  
Petición al Esad para rotación por parte de las enfermeras de apoyo de cada servicio.  
Petición al servicio de formación continuada para lka realizacion de cursos en el hospital (pendientes de realizarse)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha valorado muy positivamente la necesidad de abordar la formación en cuidados paliativos y el tener un documento de consulta facil y accesible dentro de cada servicio.  
Se ha mostrado mucho interes por parte de enfermería en la necesidad de formación, esta cuestión nos queda pendiente de ser realizada en el transcurso de los proximos años.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/491 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0491

Título  
GUIA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
REAL CORDERO ESPERANZA, BORRAZ MIR INMACULADA, PEREZ GUILLEN CRISTINA, BERNARDO BAYON ELENA, RUIZ HERNANDEZ CARMEN, DOSSANTOS PONZ ANABEL, RODA ARTAL MARTA, ROCA PONZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0491**

**1. TÍTULO**

**GUIA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Cuidados paliativos  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
Son muchos los pacientes que ingresan en nuestro hospital que requieren de cuidados paliativos. Tras la creación del comité de cuidados paliativos del área de Alcañiz, se determinó la necesidad de la sensibilización en este ámbito y por parte de enfermería la formación y sobre todo la unificación de criterios a la hora de aplicar estos cuidados de manera estandarizada en cualquier servicio del hospital. De igual manera al no haber un servicio ni camas específicas donde ingresan este tipo de pacientes en nuestro hospital, pudiendo por ello ser ingresado en cualquier planta de hospitalización, se crea la necesidad de prestar los mismos cuidados a estos pacientes acordes con su situación debido a la enfermedad, muchos de ellos ya reciben cuidados paliativos en sus domicilios y una vez ingresados en el hospital es fundamental la continuidad de estos cuidados.  
A su vez, la enfermería de nuestro hospital, al ser un hospital de agudos y comarcal, manifiesta el estar poco formada en cuidados paliativos ya que no son específicamente los cuidados que se brindan en sus servicios, generando en el personal de enfermería inseguridad y no satisfacción en el cuidados de estos pacientes. Este desconocimiento junto con la delicada situación de estos enfermos, crea la sensación en la enfermería de poder hacer algo más, y el deseo de brindar unos cuidados de calidad.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
-Crear conciencia de cuidados paliativos.  
-Adquirir conocimientos básicos por parte del personal de enfermería sobre cuidados paliativos.  
-Unificar criterios de cuidados paliativos entre el personal de enfermería.  
-Brindar cuidados paliativos a los enfermos candidatos a ellos, ingresados en nuestro hospital, independientemente del servicio donde ingresen.

**MÉTODO**  
-Crear un grupo de trabajo de enfermeras y tcaes, donde a partir de reuniones se debatan cuestiones sobre los cuidados paliativos, se determinen necesidades de formación, se profundice en el conocimiento de estos, se resuelvan dudas, etc.  
-Se creará una red de enfermeras y tcaes en el hospital (una enfermera y tcae por servicio), que sirvan de referentes, apoyo, promotora de estos cuidados, y que informa al resto del personal de su servicio sobre la aplicación de estos cuidados. De esta forma se creará la figura de formador de formadores.  
-Se elaborará una guía básica de enfermería en cuidados paliativos, accesible en todos los servicios, de manera que sirva de consulta rápida.

**INDICADORES**  
-La realización de una guía accesible de consulta de cuidados paliativos para enfermeras.  
-Realización de un chek-list de cumplimiento de captación y realización de enfermos y cuidados.

**DURACIÓN**  
-Reuniones periódicas mensual o bimensual del grupo de trabajo ( apartir de febrero/ 2019).  
-Elaboración de la guía.  
-Implantación de la guía en los servicios.  
-Sesiones clínicas de sensibilización sobre cuidados paliativos, además de dar a conocer la guía como metodo de consulta rápida (varias al año, junto con las realizadas por el comité de cuidados paliativos del hospital).

**OBSERVACIONES**  
La guía será revisada por la dirección, el servicio de calidad y servicio de medicina interna del hospital.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0827

### 1. TÍTULO

#### VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFRO-PROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO VERDUN AGUILAR  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LOPEZ ALEJANDRE IGNACIO  
BIELSA GRACIA SARA  
GRACIA GARCIA OLGA  
CRESPO AVELLANA MANUEL  
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO  
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado en 2019 9 ingresos para nefroprotección; todos ellos procedentes del Servicio de Oncología

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº total de nefroprotecciones realizadas/ nº total de nefroprotecciones solicitadas 100%

Nº total de ingresos por Nefroprotección/nº total de ingresos en HaD por cualquier motivo 2,5%

Grado de satisfacción de los Profesionales que solicitan para sus pacientes ingreso en HaD para nefroprotección: muy satisfecho

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Buen funcionamiento de la vía clínica
- Todos los ingresos (9) procedían de oncología
- La estancia media fue de 2 días
- No hubo complicaciones durante el ingreso
- No hubo agravamiento de la función renal tras la prueba
- Queda pendiente promocionar la vía clínica entre otros servicios (fundamentalmente quirúrgicos).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/827 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0827

Título  
VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFROPROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

Autores:  
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, PRADES ALQUEZAR PILAR, LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, BIELSA GRACIA SARA, GRACIA GARCIA OLGA, CRESPO AVELLANA MANUEL, MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS, ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pacientes con insuficiencia renal + proceso crónico neoplásico y/o infeccioso  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Hemos detectado numerosas incidencias en nuestro hospital relacionados con los pacientes con problemas clínicos crónicos (tumorales, infecciosos...) que precisan de la realización de pruebas de imagen con

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0827

### 1. TÍTULO

#### VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFRO-PROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

contraste, que al llegar a radiología se decide rechazar la prueba con contraste para evitar fracaso renal agudo durante la realización de la misma. Esto tiene como consecuencia que muchos pacientes se les hacen las pruebas sin contraste con lo que se dificulta la toma de decisiones posterior por parte de los profesionales solicitantes de la prueba. La causa, creemos, que se debe a que no existe un protocolo de nefroprotección.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir el rechazo de realización de pruebas con contraste a estos pacientes
- Incrementar la seguridad en la realización de las pruebas reduciendo la probabilidad de fracaso renal agudo.

#### MÉTODO

Muchos pacientes que precisan seguimiento ambulatorio por un problema clínico crónico (tumoral, infeccioso o de etiología no filiada) necesitan de la realización periódica de pruebas de imagen con contraste iv. El contraste iv está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal severa, debiéndose usar con precaución en los pacientes con insuficiencia renal leve-moderada; en éstos pacientes, en unas ocasiones se renuncia al uso de contraste iv (hecho que conlleva la pérdida de la calidad de la prueba y dificulta su interpretación para el radiólogo y para el Médico responsable) y en otras, se plantea un ingreso programado en planta de hospitalización para hacer nefroprotección antes de la prueba y así disminuir el riesgo de fracaso renal asociado al contraste. Proponemos la creación de una vía clínica para ofrecer a éstos pacientes y a sus médicos responsables, la posibilidad de realizar nefroprotección ambulatoria, con ingreso programado en Hospitalización a Domicilio.

Elementos que componen la vía clínica:

1. Servicios que participan en su implantación
2. Criterio de Selección de pacientes
3. Medios con los que realizar la Nefroprotección
4. Diseño del circuito

Se precisa coordinación entre los servicios de radiodiagnóstico, nefrología, oncología, hematología, medicina interna y hospitalización a domicilio. La vía clínica se desarrollaría en hospitalización a domicilio en un período de 3 días.

#### INDICADORES

- % de pacientes en los que se ha solicitado la prueba con contraste y que ha sido rechazada (<5 %)
- % de casos de fracaso renal agudo tras la realización de la prueba (<5%)
- Número total de nefroprotecciones realizadas x100 / Número de nefroprotecciones solicitadas

#### DURACIÓN

Inicio en tercer trimestre de 2019 y primeros resultados en tercer trimestre de 2020

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0401

### 1. TÍTULO

#### CIRUGÍA ENDOSCOPICA NASOSINUSAL CON MOTRO DESBRIDADOR

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MOLINER PEIRO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANZ ROMERO BEGOÑA  
MILIAN RILLO MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Compra de motor y microdesfibrilador (Febrero 2019)  
- Formación específica (Marzo 2019)  
- Comienzo de actividad en Abril 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se han realizado 15 intervenciones de cirugía endoscópica nasosinusal en el período. No se han registrado hemorragias post quirúrgicas. Hasta el momento no se han encontrado recidivas de pólipos aunque todavía no se ha cumplido el plazo de un año.  
El promedio de tiempo utilizado en la intervención está alrededor de la media hora La ahorrando entre 15 minutos a media hora respecto a la intervención tradicional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La adopción de la nueva técnica nos ha permitido desarrollar la cirugía endoscópica nasosinusal en menos tiempo, con menos molestias al paciente sin complicaciones postoperatorias relevantes. Hasta el momento no se han producido recidivas de los pólipos, aunque no ha transcurrido todavía el período de un año desde la primera intervención.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/401 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0401

Título  
CIRUGIA ENDOSCOPICA NASONINUSAL (CENS) CON MICRODEBRIDADOS

Autores:  
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA, MILIAN RILLO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Poliposis nasosinusal y Sinusitis crónicas  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Actualmente la CENS (cirugía endoscópica nasosinusal) se realiza en el Hospital de Alcañiz mediante endoscopia y el manejo de pinzas estándar. Actualmente existe tecnología que nos permite realizar la técnica de forma más rápida, segura y eficaz con un motor y un microdesfibrilador, que permite mejor visión del campo operatorio (el microdesfibrilador está conectado a un irrigador y un aspirador) con un mejor control de la apertura de las celdas etmoidales, espaciando las recidivas de los pólipos.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Realizar las intervenciones en menos tiempo  
- Evitar complicaciones (hemorragias y apertura de la órbita, fundamentalmente)  
- Retrasar las recidivas de los pólipos por mejor exéresis



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0401

### 1. TÍTULO

#### CIRUGÍA ENDOSCOPICA NASOSINUSAL CON MOTRO DESBRIDADOR

##### MÉTODO

- Formación en el manejo del aparato
- Aplicación a todas las cirugías nasosinusales (poliposis y sinusitis crónicas fundamentalmente)

##### INDICADORES

- % pacientes con hemorragias post quirúrgicas en el post operatorio
- % de pacientes que experimentan recidiva del pólipos antes de un año

##### DURACIÓN

Inicio 1 de Enero de 2019  
Finalización 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 RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0420

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CLAUDIA ORDEN RUEDA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BERDUN CHELIZ ENRIQUE  
OCHOA GOMEZ LAURA  
SORO FERRER ESTELA  
GARCIA LORENTE CONCEPCION  
BLASCO DOMINGO MARIA DOLORES  
ARANDA GONZALEZ SONIA  
MILIAN BRENCHAT MARIA DOLORES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva se creó la consulta de Estrecho seguimiento Neonatal en enero de 2019, asignando a la misma la agenda correspondiente (CONSULTA ESTRECHO SEGUIMIENTO Y LACTANCIA). Se informó al servicio de Pediatría de la nueva consulta para el conocimiento de todo el personal tanto médico, como enfermería y auxiliares.

Las citaciones de los pacientes en dicha consulta son gestionadas desde la planta de Pediatría (Incubadoras) a través del personal de enfermería. Se realizó una sesión clínica explicativa para todo el personal de Pediatría sobre el proceso de citación; además de ofrecer información verbal a las enfermeras de la unidad sobre el proceso de citación.

La consulta de estrecho seguimiento neonatal y lactancia materna se ha realizado durante 9 meses a todos los pacientes que presenten pérdidas de peso cercanas al 10%, dificultades en relación con la lactancia materna o riesgo de hiperbilirrubinemia.

A lo largo del año 2019 el número total de recién nacidos en el hospital ha sido de 453, siendo 36 de ellos prematuros entre 34 y 36 semanas de gestación y 3 de ellos prematuros menores de 34 semanas de gestación. En este periodo han sido citados y atendidos en la consulta de alta resolución un total de 222 pacientes (generando 298 episodios), lo que supone un 49% del total de recién nacidos.

En abril de 2019 se elaboró un sistema de registro informático donde constan los pacientes atendidos en la consulta y el motivo de derivación a la misma, con el objetivo de conocer las características de los pacientes citados. Desde el 1/04/2019, se registraron 176 pacientes atendidos de un total de 366 recién nacidos totales en ese periodo (48%), correspondientes a 113 pacientes, ya que algunos de ellos precisaron ser citados varios días.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal motivo de consulta es el control de peso y/o de ictericia, incluyendo una valoración de la lactancia materna en aquellos recién nacidos alimentados de esta manera. A continuación se detallan las características de los 176 pacientes registrados desde el 1/04/2019. Se realizó control de peso en 112 pacientes (63,6% de los pacientes citados), precisando ingreso únicamente dos de los pacientes por pérdida ponderal excesiva y deshidratación. El control de ictericia se realizó en 85 pacientes (48,3%), en la mayoría de las ocasiones de forma conjunta con el control de peso. En estos pacientes se realiza generalmente control clínico, mediante exploración física, y determinación de la cifra de bilirrubina transcutánea. En 13 de los pacientes fue preciso realizar analítica sanguínea para bilirrubina venosa, precisando 8 de ellos ingreso para tratamiento. En estos 8 pacientes la hiperbilirrubinemia se detectó a tiempo (no se constató ninguna secuela) y en ningún caso precisó más de 72 horas de tratamiento pudiéndose dar de alta sin nuevas incidencias. Antiguamente y sin existir dicha consulta, en alguna ocasión nos encontrábamos pacientes con hiperbilirrubinemias muy elevadas y resistentes al tratamiento convencional requiriendo tratamiento más invasivo e incluso traslado al Hospital de referencia por tener un diagnóstico más tardío.

En los pacientes citados a control de peso, se hizo también apoyo y refuerzo de lactancia materna si era preciso. Constan además otros motivos diferentes de consulta, menos frecuentes, control de glucemia, extracción de analítica sanguínea o revisión del cordón. No se ha registrado ningún caso de alta precoz (antes de las 48 horas de vida). Del total de pacientes registrados desde abril (176), únicamente 8 precisaron reingreso hospitalario tras ser valorados en consulta (4,5%).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que la implantación de la consulta de estrecho seguimiento neonatal y lactancia materna supone una mejora en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes, por lo que se mantendrá en el futuro. Gracias a esta herramienta se han disminuido los días de estancia hospitalaria de un importante número de pacientes sin que esto implique una elevada tasa de reingresos.

Este dato de reingreso presentado en esta memoria (4,5% de los controlados en esta consulta) es subjetivamente inferior a los de años anteriores (no teníamos registro de los mismos y no podemos presentar la comparativa) pero al hacer un estrecho seguimiento del potencial recién nacido de riesgo en las primeras 24-48 horas nos permite, además de disminuir la estancia media, años atrás estos pacientes sufrían el retraso del alta por miedo a padecer complicaciones y/o presentar un difícil seguimiento pediátrico en su localidad de residencia,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0420

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

y una tasa inferior de reingreso pues se detectan antes los posibles problemas durante este estrecho seguimiento pudiéndose dar recomendaciones domiciliarias precoces (reforzamiento de la lactancia, inicio precoz de suplemento de leche artificial si en las primeras horas se detecta pérdida excesiva de peso sin presentar la madre la subida de la leche, retirándose gradualmente cuando se instaura una lactancia materna efectiva, exposición parcial al sol natura tras cristales...). Estas recomendaciones se dan a los padres según sea el potencial problema. Además, se garantiza la realización de forma reglada y, por personal experto, de las pruebas complementarias que puedan ser necesarias en estos pacientes durante el periodo neonatal.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/420 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0420

Título  
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Autores:  
ORDEN RUEDA CLAUDIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, OCHOA GOMEZ LAURA, SORO FERRER ESTELA, GARCIA LORENTE CONCEPCION, BLASCO DOMINGO MARIA DOLORES, ARANDA GONZALEZ SONIA, MILIAN BRENCHAT MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL RECIEN NACIDO  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
En los últimos años, la tendencia de los días de estancia hospitalaria del binomio madre-recién nacido (RN) tras el parto ha disminuido progresivamente; siendo actualmente lo habitual en nuestros hospitales una estancia hospitalaria del RN sano al menos de 48h. Al ser el periodo de hospitalización corto, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada por lo que es necesario extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas de peso cercanas al 10% o dificultades en relación con la lactancia materna. Además, pueden surgir complicaciones tras el alta como la hiperbilirrubinemia que resulta una de las causas más frecuentes de reingreso. Además, la tasa de prematuridad se ha incrementado, sobretodo en relación con los prematuros tardíos, los cuales presentan mayor riesgo de complicaciones y mayores tasas de reingreso hospitalario que los RN a término. Los criterios para el alta de estos pacientes son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, necesitan un seguimiento más estrecho por lo que se ha de garantizar un seguimiento médico a las 24-48h. A todo esto se debe sumar la dificultad del seguimiento temprano en los centro de Salud por la alta demanda y por la necesidad de algunos días tras el nacimiento para realizar todas las gestiones burocráticas de identificación y registro de los recién nacidos. En el caso de los recién nacidos extranjeros, se añaden las dificultades idiomáticas y los problemas paternos laborales que pueden retrasar aún más esta primera visita. Por otro lado, en algunas ocasiones, cabe la posibilidad de valorar una estancia reducida (menor de 48 horas) ante petición familiar en el caso de RN a término sanos; aunque esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, este alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico precoz tras el alta debido al riesgo de posibles anomalías no detectadas en el ingreso.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Disminución de los tiempos de estancia hospitalaria garantizando la seguridad clínica en los niños  
- Detectar precozmente los problemas que aparecen tras el alta  
- Disminuir la tasa de reingreso  
- Garantizar el control clínico tras el alta en pacientes con diversas patologías como bajo peso al nacimiento

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0420

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

- Asegurar un control pediátrico precoz en paciente de riesgo de presentar complicaciones tras el alta (prematuros tardíos, alta precoz, dificultades de alimentación, riesgo de ictericia severa) lo cual permitirá, entre otras cosas, disminuir la estancia media hospitalaria de los mismos.
- Promoción de lactancia materna

#### MÉTODO

- Implantación de una consulta de estrecho seguimiento neonatal en pacientes de alto riesgo.
- Creación de agenda específica para consulta de estrecho seguimiento neonatal en pacientes de alto riesgo
- Elaboración de un registro de pacientes atendidos, motivos de derivación de los mismos y pruebas complementarias realizadas.
- Información a todo el personal del servicio del funcionamiento de dicha consulta
- Implicación del personal en la organización y citación de los pacientes.
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

#### INDICADORES

- N° de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de estrecho seguimiento (ES) neonatal en pacientes de alto riesgo a las 24 - 48 horas del alta
- N° de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de ES neonatal en pacientes de alto riesgo a las 24 - 48 horas del alta
- N° de pacientes que precisan reingreso/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes citados para control de peso/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes citados para control de ictericia/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de ES/N° total de pacientes citados a control clínico en consulta de ES.

#### DURACIÓN

- Creación agenda de consulta: Marzo 2019
- Información al servicio: Marzo 2019
- Elaboración sistema de registro: Abril-Diciembre 2019
- Revisión de indicadores: Diciembre 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0423

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... NURIA CLAVERO MONTAÑES  
· Profesión ..... PEDIATRA  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

ORDEN RUEDA CLAUDIA  
BERDUN CHELIZ ENRIQUE  
GARCIA VILLAR PILAR  
TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA  
CURA BELMONTE NOELIA  
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL  
GAIBAR ANGUERA MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo de actuación para la inducción en pacientes APLV, tomando como referencia el del servicio de alergología del Hospital Infantil.  
Dicho protocolo ha sido comunicado a todo el personal implicado en el proceso: enfermera de consulta, enfermera de planta y pediatras. Y se pone una copia en papel del mismo en la historia de cada paciente  
Se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes sometidos al proceso de inducción, para la valoración de los resultados.  
Como el periodo de recogida de datos es hasta Julio 2020, estamos todavía en proceso, pero aportaremos resultados de Julio a Diciembre 2019

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre el 1 de Julio y el 1 de Enero de 2020 fueron tratados 8 niños. .Tras la revisión de las historias clínicas de los pacientes, hemos comprobado que el 100% de los mismos tienen cumplimentado de forma adecuada el protocolo y realizadas las pruebas complementarias que se indican (CAPs leche e IgE). El 100% de los niños a los que se les indujo la tolerancia, finalizaron el proceso con éxito. El tiempo medio en el que se alcanzó fue 4,5 meses. Y ninguno de ellos sufrió ninguna reacción adversa grave.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la elaboración de este proyecto nos parece importante destacar que conseguir la tolerancia en estos niños permite por un lado un ahorro económico sanitario y a las propias familias, ya que pasan de tomar formulas especiales a una alimentación normal. Pero pensamos que además también tiene un impacto social ya que permite normalizar la vida de estos niños y evitar reacciones adversas, dado que consiguen la tolerancia de un alimento básico en la dieta del lactante  
Es un protocolo fácil de aplicar y seguro por lo que desde el equipo de pediatría se mantendrá el proyecto en marcha para intentar conseguir la tolerancia en aquellos niños que cumplan los criterios.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/423 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0423

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GARCIA VILLAR PILAR, TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA, CURA BELMONTE NOELIA, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, GAIBAR ANGUERA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología: ALERGIAS  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0423

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Hablamos de Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) cuando un individuo, tras ingesta de proteínas lácteas manifiesta una respuesta anormal por un mecanismo inmunológico comprobado (Hipersensibilidad inmediata). Tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos para algunas fracciones proteicas de la leche.

Las proteínas de leche de vaca se encuentran entre los primeros antígenos con los que el niño tiene contacto, habitualmente es el primer antígeno no homólogo que el niño recibe en cantidades importantes. La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es la patología por alergia alimentaria más común en los lactantes y niños pequeños, afecta a un 2,5% de la población.

En estudios efectuados en nuestro país, la APLV corresponde a la cuarta parte de los niños afectados de alguna alergia alimentaria, y ocupa el tercer lugar como causa de alergia alimentaria después del huevo y el pescado. Hasta ahora la evitación del alimento era el único tratamiento establecido. La dieta de exclusión tiene ciertas repercusiones familiares, sociales y económicas que influyen en la calidad de vida. A pesar de todas las precauciones, esta dieta puede resultar difícil de realizar con éxito y es frecuente la aparición de síntomas, incluso graves, por contacto inadvertido con el alimento y por el riesgo de ingestión accidental. Además, pueden tener problemas nutricionales (déficit de calcio) y problemas económicos, ya que las fórmulas especiales no están subvencionadas a partir de los dos años de edad. Se han venido comunicando, en la literatura médica de la última década, series de pacientes pediátricos en los que se consigue empleando aumentos progresivos de cantidad del alimento, alcanzar la tolerancia y conseguir incorporarlo con normalidad a la alimentación del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación. Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida. Actualmente en nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Infantil Miguel Servet y en otros centros nacionales, están trabajando en la inducción de tolerancia a alimentos y adelantar la instauración de tolerancia. Las series comunicadas han ido aumentando, con resultados hasta el momento muy satisfactorios con porcentajes de éxito de entre el 70 y el 95%. Por todos estos motivos, se ha optado por actitudes intervencionistas que conduzcan a inducir la tolerancia con el fin de modificar la historia natural de la alergia a proteínas de leche de vaca

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Alcanzar tolerancia precoz a las proteínas de leche de vaca consiguiendo así normalizar sus hábitos dietéticos
- Disminuir el riesgo de reacciones adversas por ingestión o contacto accidental con el alimento

#### MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con APLV, tomando como referencia el de nuestro servicio de referencia que es el del servicio de alergología Hospital Miguel Servet.
- Información a todo el personal de la puesta en marcha del protocolo a través de una sesión clínica
- Selección de pacientes menores de 24 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV mediante historia clínica detallada, test cutáneos y analítica con IgE específica.
- Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y preparación/seguimiento de pauta desensibilización
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

#### INDICADORES

- Número de pacientes en los que se induce tolerancia/ Numero de pacientes en los que se consigue tolerancia completa
- Duración media de la adquisición de tolerancia completa
- Número de pacientes que presenta reacción adversa grave ( adrenalina, corticoide, antihistamínico) / número de pacientes en los que se induce tolerancia

#### DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: Marzo 2019
- Información al servicio y puesta en marcha del protocolo: abril 2019
- Evaluación y selección de pacientes: Abril 2019-diciembre 2019
- Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y seguimiento de pauta desensibilización (Abril 2019-diciembre 2019)
- Revisión de indicadores: diciembre 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0423**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0532

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LAURA OCHOA GOMEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CLAVERO MONTAÑES NURIA  
SORO FERRER ESTELA  
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES  
PONS GODES INMACULADA  
HERRERO CENTELLES MARIA JESUS  
ESPALLARGAS PEDROS CARMEN  
FERNANDEZ ARENAS EMILIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de marzo a junio de 2019 se ha elaborado un protocolo para el Cribado de infección congénita por citomegalovirus en el Hospital de Alcañiz.

Las indicaciones para la realización del cribado de infección congénita por CMV en nuestro hospital han sido:

- RN con clínica sospechosa de infección congénita por CMV: microcefalia, trombocitopenia, HEM, ictericia colostatica,...
- RN con un bajo peso al nacimiento para la EG (<P3-10)
- Microcefalia: PC al nacimiento para la edad gestacional <P5
- Alteraciones de Neuroimagen o clínica neurológica
- Alteraciones Eco-prenatal: alteraciones SNC, hidrocefalia, hidrops fetal...
- Seroconversión CMV en el embarazo
- RN hijos de madre con VIH+
- RN < 32 semanas y/o < 1500 gr
- RN con alteraciones de la otoemisiones

Se ha informado al personal sanitario de la planta de pediatría de nuestro hospital del protocolo y se ha realizado una sesión para su implantación y puesta en marcha.

Hemos elaborado un registro con los niños con alta sospecha de infección congénita por CMV y se ha llevado un seguimiento de ellos en la consulta de pediatría.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo a estudio (1/7/2019 al 31/12/2019) hemos encontrado un total de 21 niños con alta sospecha de infección congénita por CMV. Los motivos de sospecha para la realización del cribado han sido por bajo peso al nacimiento y microcefalia.

No hemos encontrado ningún caso sospechoso por alteración de las otoemisiones.

De los 21 casos sospechosos se ha recogido muestra de orina para investigación de CMV a 14.

De los 14 casos que se ha investigado hemos encontrado un caso con Infección congénita por CMV, al que se le ha realizado estudio ampliado para valorar afectación y se está realizado seguimiento estrecho en consulta

- Nº de determinaciones de PCR de CMV en orina/ total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV: 14/21 (66.67%)

- Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito / total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV: 1/21 (4.76%)

- Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito / Nº de determinaciones de PCR de CMV en orina: 1/14 (7.14%)

- Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito / total pacientes con otoemisiones alteradas. : 0 (0%)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy importante la implantación de protocolos en los servicios clínicos para unificar criterios y poder mejorar la calidad asistencial de los pacientes, pero en ocasiones resulta complicado su aplicación.

En nuestro caso, se ha realizado el cribado de infección congénita por CMV al 66,67% de los casos sospechosos y de ellos hemos identificado un único caso de CMV congénito, al que se ha realizado estudio ampliado y seguimiento estrecho en consulta para ver evolución.

Ante estos resultados debemos mejorar en la aplicación de los criterios de este protocolo. Por ello vamos a volver a realizar una sesión informativa en el servicio a todo el personal sanitario del protocolo y reevaluaremos los datos durante el año 2020.

#### 7. OBSERVACIONES.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0532

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/532 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0532

Título  
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
OCHOA GOMEZ LAURA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, SORO FERRER ESTELA, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, PONS GODES INMACULADA, HERRERO CENTELLES MARIA JESUS, ESPALLARGAS PEDROS CARMEN, FERNANDEZ ARENAS EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
La infección por citomegalovirus (CMV) es la infección viral congénita más frecuente en países desarrollados, siendo la principal causa de deficiencia neurosensorial adquirida intraútero y la primera causa de hipoacusia neurosensorial.  
La infección fetal puede ser debido a una primoinfección (1-3%) o por reinfección-reactivación (30-40%) de una cepa diferente. La afectación fetal más frecuente se produce de forma secundaria a la primoinfección materna. La tasa de transmisión es mucho mayor en la segunda mitad de la gestación, pero mucho más grave durante el primer trimestre de gestación.  
La infección congénita por CMV genera un cuadro con un espectro clínico muy variable, desde asintomática en el 85-90% de los casos hasta un síndrome congénito muy grave. Es causa de múltiples anomalías del SNC, déficit auditivo y visual. La hipoacusia neurosensorial es la secuela más común de la infección congénita por CMV y ocurre en un 30-60% de los niños sintomáticos y entre un 10-20% de los asintomáticos.  
Para poder hacer un diagnóstico de infección congénita por CMV y no postnatal (con los test habituales), se ha de hacer dentro de las 2-3 primeras semanas de vida del recién nacido. Pasado este periodo la única herramienta de diagnóstico retrospectivo será la detección de DNA de CMV en la muestra de sangre seca del papel de filtro de cribado metabólico neonatal.  
Ante la sospecha de infección congénita se procederá inicialmente a la detección del DNA del CMV en orina. La PCR de CMV en orina es la técnica con mayor sensibilidad diagnóstica (sensibilidad 100%, especificidad 99.2%, según las últimas investigaciones). Si la muestra de orina resulta negativa queda descartada la infección congénita. Si se detectan pruebas positivas para CMV, el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores resultados cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Identificar lo más precozmente posible a los pacientes con infección congénita por CMV  
- Identificar lo más precozmente posible a los pacientes con alta sospecha de infección congénita  
- Garantizar el control clínico de los recién nacidos con alta sospecha de infección congénita por CMV  
- Garantizar el control clínico de los recién nacidos con infección congénita por CMV y valorar la terapia antiviral tras informar a la familia de los riesgos/beneficios

**MÉTODO**  
- Elaboración de un protocolo de cribado de infección congénita por citomegalovirus en el Hospital de Alcañiz.  
- Determinar las indicaciones de cribado de infección congénita por CMV  
- Información a todo el personal de la puesta en marcha del protocolo  
- Elaboración de un registro de los pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV  
- Elaboración de un registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV  
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

**INDICADORES**  
- Nº de determinaciones de PCR de CMV en orina/ total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV (Estándar 90%)  
- Nº pacientes afectados de infección congénita por CMV / total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0532

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- N° pacientes con otoemisiones alteradas e infección congénita por CMV / total pacientes con otoemisiones alteradas.

#### DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: Marzo-junio 2019
- Información al servicio y puesta en marcha del protocolo: junio 2019
- Elaboración sistema de registro: Junio-diciembre 2019
- Revisión de indicadores: 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 - 2018/1336

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE ..... LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SAENZ BALLOBAR ANA  
FRADE PEDROSA OLALLA  
PEREZ MAICAS BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Septiembre 2018: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Octubre 2018: Realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz desde el ámbito extrahospitalario, analizando los recursos del sector. Estas reuniones se han realizado con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Noviembre: Se ponen fechas para la realización de las sesiones clínicas del manejo de la Agitación psicomotriz, coordinándonos con los encargados de docencia de los principales centros de salud del sector Alcañiz: centro de salud de Alcañiz, de Andorra, de Caspe y Mas de las Matas.

Diciembre: Se divulga por email a todos los profesionales tanto médicos como de enfermería, las fechas para la realización de las sesiones, para que puedan acudir.

Febrero de 2019:

-18 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Andorra.  
-25 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Caspe.

Marzo de 2019:

-27 de marzo de 2019: sesión clínica centro de salud de Alcañiz.

12 de abril de 2019: Se programa reunión con farmacia del hospital de Alcañiz para plantear nuevos tratamientos farmacológicos que se puedan incorporar en los centros de salud, en caso de una agitación psicomotriz.

6 de Mayo de 2019: sesión clínica Centro de Salud Mas de las Matas.

Junio de 2019. Recogida de datos. Análisis de encuestas de satisfacción de los médicos de atención primaria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La satisfacción de los participantes rondó el 95%. La principal demanda de los compañeros desde atención primaria, era de tener a su disposición otros neurolépticos y benzodiazepinas, de administración oral o intramuscular, para la urgencia psiquiátrica. Se consensuó con farmacia de primaria, para complementar el botiquín que tiene los médicos de atención primaria de urgencias.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica, que es atendida en muchas ocasiones por los médicos de atención primaria antes que por psiquiatría, por lo que ellos necesitan un arsenal farmacológico mas variado (que ya disponemos los psiquiatras) para hacer frente a esta urgencia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1336 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1336

Título  
PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

##### Autores:

DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

##### 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

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que puede acontecer en cualquier entorno, en el domicilio del paciente, la calle, en un hospital, en un centro de salud. El primer facultativo que se acerca a atender esta urgencia, suelen ser los médicos de atención primaria que muchas veces no tienen claro cómo proceder en estas situaciones, siendo tan variables, graves, y muchas veces violentas. Esta inquietud proviene desde los compañeros de primaria, por lo que creemos conveniente realizar un protocolo desde la unidad de salud mental, que sirve de apoyo a los compañeros en estas situaciones.

##### RESULTADOS ESPERADOS

###### OBJETIVOS GENERALES

Realizar un protocolo en el sector Alcañiz para la atención de los episodios de agitación psicomotriz en el ámbito extra hospitalario, accesible, claro y con actuaciones escalonadas, que facilite la actuación de los facultativos en estas situaciones.

###### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Protocolo de contención mecánica y farmacológica.  
Esclarecer dudas legales sobre el transporte involuntario de los pacientes con agitación psicomotriz.

##### MÉTODO

###### MÉTODOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA

Realización de un protocolo desde la Unidad de salud mental en caso de episodios de agitación psicomotriz, y extenderlo a los facultativos médicos encargados de acceder al paciente con esta urgencia en el ámbito extra hospitalario, a través de los diversos coordinadores de los centros de salud.

##### INDICADORES

###### INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a los facultativos a los que le ha llegado el protocolo, evaluando la utilidad del protocolo.

##### DURACIÓN

Inicio:  
Junio 2018: realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.  
Julio 2018: comunicación a farmacia del sector, para poder tener disponible las alternativas farmacológicas a los que los compañeros de primaria podrían tener acceso durante estas urgencias.  
Agosto de 2018: divulgación del protocolo a los coordinadores de los diversos centros de salud.  
Junio 2019: encuesta de satisfacción a los facultativos que han tenido acceso a los protocolos realizados.  
Duración: se provee que perdure en el tiempo.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336**

**1. TÍTULO**

**PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ**

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTHER PEREZ ANGOSTO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO  
· Sector ..... ALCAÑIZ

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

PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR  
GASULLA FERRAS SONIA  
GIL MESTRE RAQUEL PAULA  
MORMENEO FALGAS ELENA  
SERRANO JIMENEZ PILAR  
GUILLEN IBAÑEZ ANA MARIA  
MARTINEZ ARIÑO JORGE VICENTE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución del grupo de trabajo formado por enfermeras y algunos de los técnicos de rayos del servicio. Detección de deficiencias existentes y metodología a emplear.

Elaboración de un borrador de la guía.

Para ser más concreto, nos centramos en la realización de una guía explicativa en la sala del TAC, que quizá sea la que sea más relevante en dar una información detallada y precisa al paciente, para garantizar una adecuada atención, puesto que en la gran mayoría de estas exploraciones se precisa de la perfusión de contrastes yodados intravenos.

Elaboración de una guía explicativa previa en castellano con las distintas indicaciones y explicaciones que se van a indicar a todo aquel paciente que se le va a realizar la exploración diagnóstica del TAC.

A esta guía se le han añadido unos pictogramas de cada una de las indicaciones, para poder dar información de forma sencilla a todas aquellas personas que no sea posible la lectura, o tenga limitaciones auditivas.

Esta guía se le entrega al paciente mientras espera en la sala de espera, para poder dar tiempo a su comprensión y resolución de dudas previamente a la realización de la prueba diagnóstica.

Posteriormente a la realización en castellano, se realiza traducción de la guía, así como del documento de consentimiento informado para perfusión de contraste intravenoso a los idiomas consensuados por el equipo como de mayor utilidad en nuestro entorno, rumano, inglés, francés, alemán y árabe.

Revisión y corrección de irregularidades lingüísticas, de expresión y/o contenido por personal nativo de los diferentes idiomas.

Elaboración como método de valoración de un cuestionario sencillo con dos preguntas a valorar por el paciente donde aporte información sobre la utilidad y la comprensión de la guía explicativa. Una tercera pregunta será contestada por el personal sanitario que ha realizado la exploración y valorará realmente si la información recibida y comprendida ha facilitado la colaboración del paciente y la exploración se ha realizado técnicamente de forma satisfactoria.

Para dar mayor validez a la prueba de la comprensión por parte del paciente, se darán por válidas aquellas contestaciones que puedan estar verificadas por algún acompañante que pudiese hacer de traductor.

El cuestionario de valoración tiene respuestas dicotómicas, así como visuales mediante caritas y está también traducido a su idioma.

Sesión explicativa y presentación del proyecto al resto de los miembros del servicio, incentivando la participación y colaboración de todos ellos y poder conseguir mayor alcance.

Entrega de la guía y consentimiento informado a los pacientes candidatos con limitaciones lingüísticas atendidos, así como la encuesta de satisfacción y registro de información obtenida durante los meses de junio a diciembre, de lunes a viernes en horario de mañana.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos registrados fueron obtenidos de la base de datos local.

Se atendió a 72 pacientes con barreras idiomáticas y/o sensoriales.

De ellos a 8 se les realizó nuevamente posterior control. No se contabilizan.

Nos encontramos que con 20 pacientes que es posible la comunicación perfectamente y en 44 tienen limitaciones importantes o alguna dificultad.

Consideramos a 44 que eran candidatos a entrar en el programa.

Se realiza entrega de la guía y consentimiento a un total de 22 pacientes.

Cuestionarios cumplimentados y contrastados con familiar acompañante como que la comprensión de los pacientes ha sido completa y la valoración positiva 15.

Cuestionarios no devueltos por el paciente 3.

Mal rellenados o sin acompañante para poder contrastar resultados 4. Se contabilizan como no válidos.

Ello nos da unos de 68,18% de resultados positivos y favorables de encuesta cumplimentadas, frente a 18,18 % de los que presentan resultados negativos, errores o por falta de credibilidad al no ir con acompañante el paciente y 13,63 % de las que han abandonado el proyecto sin obtener resultados.

La entrega de documentación y registro se llevo a cabo durante el horario de mañana y de lunes a viernes.

Durante el periodo vacacional quedó mermada la aplicación del proyecto debido a la elevada carga asistencial.

Tampoco se ha incluido en el recuento los pacientes procedentes de urgencias que por su situación no era viable la realización de encuestas. Aunque si, en algunas ocasiones de menor gravedad se les pudo ofrecer la información rápida mediante pictogramas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de ser muy laboriosa la tarea de la corrección en los distintos idiomas, pues se ha necesitado de pacientes o familiares que han hecho de forma voluntaria este trabajo. Se puede valorar como positiva entre los profesionales de nuestro servicio la creación de una herramienta que nos facilite la comunicación en estas situaciones que estamos tan limitados.

Minimizar posibles riesgos humanos derivados de barreras idiomáticas.

Mejorar la comunicación con el paciente para poder recoger antecedentes médicos personales de interés como son la diabetes o nefropatías, antecedentes de alergias a medicamentos, antecedentes de perfusiones con contrastes yodados, tratamiento con antidiabéticos orales, estar en ayunas, etc.

Informar al paciente sobre los síntomas normales y característicos que aparecen a los pocos segundos de comenzar la perfusión de contraste para que no se asuste y pueda distinguirlo de cualquier otro síntoma distinto y poder avisar lo más precozmente posible si se tratase de algún efecto adverso.

Igualmente, es responsabilidad del equipo sanitario la información previa de los posibles riesgos derivados en las reacciones alérgicas a los contrastes, así como solicitar consentimiento informado con autorización firmada por el paciente, previo al inicio de la exploración. Al tratarse de un documento legal, y de suma importancia, lo más adecuado es que todo ello sea facilitado en su idioma para una correcta comprensión y su voluntad no se vea vulnerada.

Mejora la relación entre el personal sanitario y el paciente, con lo que también se incrementan las expectativas de calidad de los profesionales.

Mejora en los resultados técnicos de la exploración obtenidos debido a la participación y colaboración activa del paciente, con el consiguiente ahorro de recursos tanto técnicos como materiales, minimizando los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes.

Se beneficiarían también del proyecto los pacientes con limitaciones sensoriales, puesto que se ha reforzado la guía con la asociación de unos pictogramas a la información escrita.

En algunos idiomas como el árabe, todavía nos queda acabar de revisar ciertos aspectos, con lo que sería recomendable acabar de pulir imperfecciones detectadas en la guía explicativa.

Igualmente, sería interesante implicar más al resto de compañeros ampliando la captación de pacientes al resto de los turnos de trabajo.

Hemos llegado a la conclusión que también sería recomendable que la entrega del consentimiento informado traducido en su idioma fuese entregado en la consulta del médico especialista solicitante para que pudiera leerlo en su domicilio y le facilitara tomar la decisión con más calma.

#### 7. OBSERVACIONES.

Interrupciones repetidas y abandono de los colaboradores nativos en las revisiones de las traducciones.

Falta de teclado en árabe a nuestra disposición.

Perdida de información, por la no devolución del cuestionario final de valoración por parte de algunos pacientes, pese a haber hecho con él todo el trabajo previo.

Nos hemos encontrado con un ciertas personas que no sabían leer, por lo que ha tenido que participar más activamente el acompañante.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/921 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0921

Título  
PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISION DE LA INFORMACION EN LA SECCION DE TC DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
PEREZ ANGOSTO ESTHER, PRADES ALQUEZAR PILAR, GASULLA FERRAS SONIA, GIL MESTRE RAQUEL PAULA, MORMENEO FALGAS ELENA, SERRANO JIMENEZ MARIA PILAR, GUILLEN IBAÑEZ ANA MARIA, MARTINEZ ARIÑO JORGE VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

#### PROBLEMA

El incremento cada vez mayor de pacientes que acuden al servicio de rayos con una serie de barreras tanto idiomáticas como sensoriales, lo que supone una gran dificultad para el personal que le atiende de conseguir una exploración radiológica de calidad y por otro lado también un riesgo para el paciente al no comprender las indicaciones ya que un porcentaje muy elevado precisan de la administración de contraste yodado intravenoso, hace evidente la necesidad de crear una herramienta que nos facilite la comunicación en este tipo de situaciones.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Generales
  - Ofrecer a los pacientes que presenten una barrera idiomática o sensorial una información en términos comprensibles disminuyendo así tanto el riesgo derivado de la administración de contrastes intravenosos como el de los efectos producidos por las radiaciones ionizantes, garantizando al mismo tiempo los derechos de los usuarios.
  - Facilitar una herramienta al resto de los profesionales del servicio de rx, ya que muchas de las indicaciones pueden ser útiles en el resto de salas.

2. Específicos

Todos los pacientes con limitaciones idiomáticas y sensoriales que precisen un TC durante los meses de junio a diciembre del 2019, comprenderán la información y las indicaciones transmitidas para poder colaborar dentro de sus posibilidades en la realización de una exploración segura y de calidad.

#### MÉTODO

Elaboración de un manual en diferentes idiomas, así como en pictogramas con la información e indicaciones más relevantes.

- Creación de un grupo de trabajo
- Fijar y consensuar metodología en la realización del proyecto
- Reparto de tareas y búsqueda bibliográfica entre los distintos componentes.
- Confeccionar primero el manual en castellano con pictogramas para luego traducirlo a inglés, francés, alemán, árabe, rumano.
- Elaborar un consentimiento informado traducido a los diferentes idiomas donde se registre que reúne los requisitos necesarios para realizar la prueba (alergias, medicamentos...)
- El día de la exploración, en la sala de espera, le entregaremos el manual y el consentimiento informado para que pueda consultarlo tranquilamente.
- Una vez dentro de la sala, le solicitaremos que nos responda a cada una de las preguntas requeridas, para resolver las dudas que puedan surgir.
- Finalizada la exploración le entregaremos un sencillo cuestionario, para comprobar y medir la utilidad de este proyecto.
- Elaboración de una hoja Excel donde se reflejen los resultados obtenidos.

#### INDICADORES

Indicadores de proceso:

- Registro del número de pacientes con barreras idiomáticas o sensoriales.
- Registro del número de folletos entregados a los pacientes.
- Registro del número de encuestas finales entregadas.

Indicadores de resultado:

- Registro del número de encuestas finales cumplimentadas satisfactoriamente
- Registro del número de encuestas finales cumplimentadas no favorables.

#### DURACIÓN

Marzo 2019: creación del grupo de trabajo, planificación y elaboración de la directriz del proyecto.  
Abril 2019: reunión para elaborar el manual, hoja excel y la encuesta final en español. Reparto de la traducción a los diferentes idiomas.  
Mayo 2019: puesta en común de los diferentes manuales. Reunión con el resto del servicio para explicar el proyecto y solicitar su colaboración.  
Junio 2019: identificación de la población diana y entrega del manual correspondiente antes de la exploración y encuesta de satisfacción al finalizarla. Registro de la actividad en la hoja Excel.  
Diciembre 2019: evaluación de los resultados.

#### OBSERVACIONES

Quedaran excluidos los pacientes que en caso de urgencia y debido a su estado físico y/o mental no puedan colaborar.

Tras la evaluación final del proyecto se valorará la implementación de los consentimientos traducidos en las principales consultas de demanda (oncología, neurología o cirugía).

Valoración de otros apartados



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1109

### 1. TÍTULO

#### ELABORACIÓN DE UNA GUA PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR PRADES ALQUEZAR  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PEREZ ANGOSTO ESTHER  
FRAGA MILIAN CARMEN  
GASULLA FERRER SONIA  
GARCIA VILLANUEVA MARIA PILAR  
GARCIA CASTELLANOS JUAN MANUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 18 de marzo se creó un grupo de trabajo compuesto por tres enfermeras y tres TER todos ellos trabajadores del servicio de radiodiagnóstico. Durante el mes de abril se realizó una búsqueda individualizada de la información disponible y el 29 de abril se puso en común y se elaboró una guía-registro con los requerimientos, material y cuidados necesarios para una biopsia hepática percutánea. Tras ser consensuada con el servicio de digestivo se distribuyó por las plantas y se modificó el PAE ya existente adaptándolo a las nuevas recomendaciones. Durante los meses de junio a diciembre se hizo un registro de todos los pacientes a los que se les realizó una biopsia hepática percutánea en el hospital de Alcañiz anotando si cumplían o no con los requisitos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se elaboró una guía-registro con los requisitos necesarios, material y cuidados y se aplicó a todos los pacientes programados para una BHP en el servicio de radiodiagnóstico del Hospital de Alcañiz durante los meses de junio a diciembre de 2019. De un total de nueve pacientes, tres cumplían con todos los requisitos y seis precisaron ser revisados ya que no cumplían con algunos de ellos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las fechas donde fueron registrados los pacientes coincidió con periodo vacacional (personal nuevo trabajando en las plantas) lo que favoreció el desconocimiento del PAE modificado para la BHP. La sesión clínica cuyo uno de los objetivos era dar a conocer el proyecto a todo el personal del hospital se realizó a finales de año y solo acudieron dos enfermeras ajenas al servicio de radiodiagnóstico. Creemos que debemos volver a informar al personal de enfermería que trabaja en las plantas e incidir en la importancia de esta prueba ya que sus complicaciones pueden acarrear graves consecuencias para la salud del paciente. Valoramos positivamente el proyecto ya que por un lado se han consensuado los requerimientos y cuidados necesarios entre los distintos profesionales que atienden al paciente y por otro lado se asegura el cumplimiento de los requisitos evitando cometer errores que pongan en peligro su seguridad. Así mismo consideramos importante revisar periódicamente el contenido de la guía-registro ya que puede variar en función de los resultados obtenidos en las nuevas publicaciones.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1109 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1109

Título  
ELABORACION DE UNA GUIA PARA LA REALIZACION DE LA BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Autores:  
PRADES ALQUEZAR PILAR, PEREZ ANGOSTO ESTHER, FRAGA MILIAN CARMEN, GASULLA FERRER SONIA, GARCIA VILLANUEVA MARIA PILAR, GARCIA CASTELLANOS JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología: Pacientes con patología hepática crónica  
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1109

### 1. TÍTULO

#### ELABORACIÓN DE UNA GUA PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

#### PROBLEMA

La biopsia hepática es una técnica que se realiza en la sección de ecografía del servicio de Radiodiagnóstico los miércoles a primera hora de la mañana.

La ausencia de una guía donde se refleje el cumplimiento de los requisitos previos, material y cuidados que requiere esta prueba, favorece la aparición de errores que ponen en peligro la seguridad del paciente y su correcta realización.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes programados de BHP en el servicio de Radiodiagnóstico durante los meses de junio a diciembre de 2019 cumplirán los requisitos necesarios para la realización de la prueba, quedando todo ello debidamente registrado.

#### MÉTODO

Creación de una guía-registro consensuada con el servicio de digestivo, donde se reflejen los requerimientos necesarios para la realización de la prueba y los cuidados recomendados tras ella.

El día de la prueba, en la sala de ecografías se comprobará que el Check-list procedente de la planta esté debidamente cumplimentado y se seguirán los pasos recomendados en la guía dejando constancia de los cuidados recibidos y las complicaciones que hayan surgido hasta el momento en el que el paciente abandone la sala.

Al finalizar el procedimiento se informará al paciente sobre las recomendaciones a seguir para evitar posibles complicaciones.

#### INDICADORES

- Registro del número de pacientes a los que se les realiza una BHP.
- Registro del número de pacientes que cumplen los requisitos.
- Registro del número de pacientes que no cumplen los requisitos.

#### DURACIÓN

- Marzo 2019: creación de un grupo de trabajo y planificación del proyecto.
- Abril 2019: revisión bibliográfica y elaboración del listado de requerimientos, material y cuidados necesarios para la prueba.
- Mayo 2019:
  - Reunión con el servicio de digestivo para consensuar la guía de cuidados.
  - Elaboración de la guía-registro de biopsias.
  - Sesión clínica dirigida al resto de los compañeros del servicio previa al inicio del proyecto.
- Junio/diciembre 2019: implantación de la guía-registro.
- Octubre 2019: reunión del grupo de trabajo para revisar el seguimiento del proyecto.
- Enero 2019: evaluación de los resultados.

#### OBSERVACIONES

Una vez instaurada la fase de proyecto y tras la posterior evaluación de resultados y modificaciones en caso de ser necesario, se dará continuidad a este proyecto de forma indefinida.

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0599

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MARCO POLO ROYO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA  
NIETO BLASCO JAVIER  
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron en junio y diciembre de 2019, dos reuniones en las que se revisaron todos aquellos pacientes, menores de 6 años, que están en tratamiento activo en el Servicio de Atención Temprana del Bajo Aragón. Los pacientes fueron facilitados por el propio Servicio de Atención Temprana, con sus dos centros, uno en Alcañiz y otro en Caspe. En la consulta de cada niño estuvieron presentes tanto los facultativos del Servicio de Rehabilitación como las fisioterapeutas del Servicio de Atención Temprana que en diversas sesiones semanales tratan a estos pacientes por diferentes causas: Retraso psicomotor, alteraciones neurológicas, alteraciones del aparato locomotor etc. Se realizó en la consulta de Rehabilitación del Centro de Salud Viejo de Alcañiz. Uno a uno se fue valorando cada caso, decidiéndose si se modificaba tratamiento, si se continuaba, si era dado de alta etc.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

a) Número de reuniones al año: Se realizaron las 2 que estaban previstas, en junio y diciembre de 2019.  
b) Porcentaje de niños valorados en la reunión con Atención Temprana que tras la reunión se decide seguimiento en la consulta de Rehabilitación: Se decidió que el 90% de los niños revisados en consulta conjunta entre los dos servicios deben continuar siendo visitados en la consulta de Rehabilitación. (El objetivo a alcanzar era de un 89-90%)  
c) Porcentaje de niños que tras ser valorados se les modifica tratamiento o se les indica producto ortésico: Al 47,06% de los niños se les prescribió o modificó tratamiento fisioterápico o se les prescribió alguna órtesis (DAFOS, Silla de ruedas o asientos moldeados) (El objetivo a alcanzar era de un 30-50%)  
d) Valoración por parte de los Servicio proveedores mediante escala de Likert (1-10): La media con la que las fisioterapeutas del Servicio de Atención Temprana puntuaron al Servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz fue de 10 (El objetivo a alcanzar era >7)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración entre ambos Servicios ha servido para favorecer la situación de estos pacientes al poder comentar de forma objetiva y abierta el estado de cada niño, al poder ser valorado de forma global desde el punto de vista facultativo y fisioterapéutico. El plan es que, por el bien de estos pacientes, se mantengan estas reuniones/consultas dos veces al año, de manera semestral, con el mismo formato. Asimismo la línea de comunicación vía email entre ambos Servicios permanecerá abierta para resolver cualquier problema o duda que pueda surgir en el futuro.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/599 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0599

Título  
PLAN DE MEJORA: REHABILITACION INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACION ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCION TEMPRANA DEL BAJO ARAGON

Autores:  
POLO ROYO MARCO, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, NIETO BLASCO JAVIER, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Patología neurológica y osteomuscular

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0599

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN

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

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

#### PROBLEMA

La Atención Temprana es una opción de canalización y tratamiento importante en niños hasta los 6 años, siendo el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil, a la familia y al medio, que da respuesta lo precozmente a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos.

Para garantizar una atención adecuada al niño y a la familia, es necesario la coordinación de los servicios socio-sanitarios-educativos, y la adecuada cooperación y coordinación de todos los miembros del Equipo Multidisciplinar. Se trata de una interacción tanto de los miembros del equipo entre sí, como recíproca con la familia.

Dado que consideramos que, en el Área de Salud de Alcañiz, la valoración, seguimiento y atención de estos pacientes no se está realizando de una manera coordinada y protocolizada, debido a la falta de comunicación entre los distintos servicios implicados, trasladando a los pacientes una información en ocasiones contradictoria entre los distintos servicios, lo que creemos que puede repercutir en la evolución de los pacientes.

Por ello creemos oportuno la creación de una Unidad Conjunta con un protocolo de actuación y seguimiento conjunto de estos pacientes, que permita reforzar la capacidad de trabajo en equipo de todos su integrantes (fisioterapeutas, logopedas, psicólogos y médicos rehabilitadores) que permita un seguimiento oportuno, la reevaluación/modificación de los diversos tratamientos, así como la valoración conjunta de la necesidad de ayudas técnicas u ortésicas; o en su caso la necesidad valorar otras alternativas de tratamiento.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- Mejorar la coordinación de servicios socio-sanitarios-educativos.
- Acercar el proceso de Rehabilitación al paciente, eliminando barreras geográficas y administrativas.
- Unificar objetivos de tratamiento que sean realistas y adaptados a cada caso.
- Dar visibilidad a cada niño y familia que todos los profesionales de la salud, trabajamos en la misma dirección de cara al beneficio del paciente, en este caso del niño.
- Trabajar en equipo para tratar de alcanzar el máximo grado de autonomía personal y de integración familiar, escolar y social.
- Conseguir la igualdad de oportunidades para todos los niños, que precisen este tipo de asistencia, garantizando una atención adecuada al niño y a su familia.
- Evitar duplicidades en los recursos, solapamiento de actuaciones, informaciones repetitivas y/o contradictorias.
- Promoción de la salud y aumento de la calidad asistencial y calidad de vida de los pacientes.

#### MÉTODO

Se establecerán unos criterios de derivación al grupo de trabajo, unificados para todos los servicios implicados que serán difundidos en las reuniones del grupo. Se realizarán dos reuniones al año, de carácter semestral entre los Servicios de Atención Temprana del Bajo Aragón y de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. En ellas se discutirá sobre casos seleccionados que estén en tratamiento activo en Atención Temprana y que precisen de una reevaluación, valoración de modificación de tratamiento, uso de ayudas ortésicas o valoración de remisión a otros especialistas. De esta manera concretar el correcto seguimiento de cada paciente en las consultas de Rehabilitación.

#### INDICADORES

- A) NÚMERO DE REUNIONES AL AÑO: A alcanzar el número de 2, sin límite inferior  
B) PORCENTAJE DE NIÑOS VALORADOS EN LA REUNIÓN CON ATENCIÓN TEMPRANA QUE TRAS LA REUNIÓN SE DECIDE SEGUIR EN CONSULTA DE REHABILITACIÓN: 80-90%  
C) PORCENTAJE DE NIÑOS QUE TRAS SER VALORADOS SE LES MODIFICA TRATAMIENTO O SE LES INDICA PRODUCTO ORTÉSICO: 30-50%  
D) Valoración por parte de los servicios "proveedores" mediante escala Likert (1 al 10) de la utilidad de las reuniones realizadas al acabar al año. Estándar > 7 en promedio.

#### DURACIÓN

Primera reunión Rehabilitación-Atención Temprana: Junio 2019  
Segunda reunión Rehabilitación-Atención Temprana: Diciembre 2019  
Citas previstas para los pacientes de los que se hable en dichas reuniones: Junio y Julio de 2019 y Diciembre de 2019 y Enero de 2020 respectivamente a cada reunión.

#### OBSERVACIONES

No precisa

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0599**

**1. TÍTULO**

**PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0622

### 1. TÍTULO

#### LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISABEL LOPEZ GONZALO  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... ALCANIZ

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

HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

LUCEA SODRIC SUSANA

VIDAL ABOS ANA MARIA

MARTI AMELA ANA BELEN

SANGO MARTINEZ MARIA

ALEJOS TELMO LAURA

SANCHO IÑIGO MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo para homogeneizar el tratamiento a través de una tabla de ejercicios lumbar que se le explica al paciente y se le entrega para que realice los ejercicios en su casa.

1. Al inicio del tratamiento se les pregunta si realizan ejercicios específicos para controlar el dolor de la zona lumbar, así como el nivel de dolor en ese instante a través de la escala visual analógica (EVA).

2. Al finalizar el tratamiento se vuelve a preguntar si realiza los ejercicios en su domicilio.

3. Y al cabo de un mes aproximadamente a través de consulta telefónica se repite la encuesta inicial. (EVA y si realiza los ejercicios)

Los valores obtenidos en estas encuestas se han registrado en una ficha control Excel.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2019 han pasado por el servicio de fisioterapia un total de 62 pacientes con diagnóstico 722.52, 724.2,721.5 según CIE 9. Se le hace entrega de la tabla al 96.7% (60/62) de dichos pacientes.

1-Se registra que solo el 21.6% realizan ejercicios específicos para su lumbalgia antes de venir a fisioterapia.

2-Al finalizar el tratamiento el 79.3% de pacientes realizan los ejercicios de forma diaria. Son 2 los pacientes que aún continúan en tratamiento a fecha de enero y no se incluyen en los cálculos.

3-Tras un mes del alta el 64.9% de los pacientes sigue con la tabla de ejercicios propuesta. En este caso se realiza el cálculo sobre 57 pacientes excluyendo a los dos que no han terminado el tratamiento y a uno que no se puede localizar para realizar el control.

Si nos centramos en el dolor los resultados son que al inicio del tratamiento la media del EVA es de 6.29 siendo el valor máximo 9.5 y el mínimo 0. Mientras que al pasar un mes la media de la EVA es de 5.12 con un valor máximo de 10 y un valor mínimo de 0. Si miramos las diferencias del EVA inicial al EVA final encontramos valores de -6 a 8.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de aplicar el protocolo se observa un incremento en un 43.3% de pacientes que realiza una tabla de ejercicios específica para su dolor lumbar, con lo cual el objetivo del proyecto se ha conseguido.

Y en cuanto al dolor se observa una disminución 1.17 en la media de la escala EVA. Los datos de esta escala representan el dolor en un momento puntual, esto nos explica las variaciones en los datos obtenidos.

Recomendamos seguir dando la tabla de ejercicios para fomentar la realización en su domicilio y así mantener el mensaje de la escuela de espalda.

#### 7. OBSERVACIONES.

Sería interesante unificación de criterios por parte de todos los profesionales para mejorar la gestión del dolor.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/622 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0622

Título

LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

Autores:

LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, MARTI AMELA ANA BELEN, HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA, SANGO MARTINEZ MARIA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0622

### 1. TÍTULO

#### LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

El dolor de espalda y sobre todo la lumbalgia inespecífica por su prevalencia y sus consecuencias en la población, se presenta como un importante problema sanitario, social, laboral y económico. A nuestro servicio llega gran cantidad de pacientes aquejados de dolor de espalda. El tratamiento que se plantea es la escuela de espalda(EDE) tiene como objetivo educar al paciente haciéndole corresponsable en la prevención y en el tratamiento, basándose en los fundamentos de la EDE que son:

- Conocimientos de biomecánica corporal
- Hábitos de vida saludables
- Higiene postural
- Programa de ejercicios

Uno de los problemas más frecuentes en nuestro servicio en los pacientes con lumbalgia, es que una vez que han terminado tratamiento, el mensaje se va diluyendo a lo largo del tiempo, con lo que es más fácil que vuelvan a recaer, y es una demanda frecuente de los pacientes disponer de unas instrucciones escritas de la escuela de espalda para mantener el mensaje.

Población diana:

Este protocolo está indicado para todos los pacientes derivados por el médico rehabilitador al servicio de fisioterapia con problemas de columna lumbar.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mantener el mensaje de la escuela de espalda a lo largo del tiempo mediante la entrega de la tabla de ejercicios solicitada.  
Reducir las recaídas por lumbalgia.

##### MÉTODO

Proporcionar una información normalizada al paciente mediante la creación de una tabla de ejercicios específica para la lumbalgia. El protocolo se va a desarrollar mediante 6 sesiones teórico-prácticas de escuela de espalda.

Conceptos teóricos:

- Anatomía y biomecánica de la espalda
- Origen y manejo del dolor de espalda
- Higiene postural

Contenido de la práctica:

- Conciencia y corrección postural
- Ejercicios de respiración
- Ejercicios de flexibilización
- Ejercicios de potenciación
- Relajación

Al finalizar se les entregará la tabla de ejercicios al paciente para que pueda realizar los ejercicios en casa, y así seguir con su tratamiento.

##### INDICADORES

% de pacientes con diagnóstico de lumbalgia que han recibido la tabla de ejercicios.  
Estándar: recepción por el 90% de los pacientes diagnosticados de lumbalgia.

##### DURACIÓN

Redacción del protocolo y de la tabla de ejercicios desde enero a junio del 2019.  
Desde junio del 2019 puesta en funcionamiento del protocolo, con registro de la entrega de la tabla de ejercicios.

##### OBSERVACIONES



**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0622**

**1. TÍTULO**

**LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO**

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0539

### 1. TÍTULO

#### LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTINEZ FERRI

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H ALCAÑIZ
- Localidad ..... ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION

RECHE SABATER ALBERTO

LARA GARRIDO ANGELA

ARAGONES VILLANUEVA MARIACARMEN

VIDAL MESEGUER ANA

ROYO MOLES MARIA ISABEL

DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Hemos realizado dentro de nuestra Intranet, un espacio para enfermería, llamado "Portal enfermería". Dentro del mismo, tenemos varios campos abiertos con documentación precisa para el día a día de las enfermeras que trabajan en el Hospital de Alcañiz.

Estos espacios, se han creado tras estudiar con varios grupos de trabajo, las necesidades presentes en nuestro quehacer diario. Por ejemplo dudas y amplia variabilidad en cuidados de enfermería, Procesos de atención de enfermería, procedimientos diagnósticos, consentimientos, prevención de riesgos laborales, documentos administrativos..

2. Dentro del apartado de cuidados de enfermería, lo hemos desglosado en dos partes. Una de ellas es "información al paciente" donde hemos añadido consejos, recomendaciones, hojas de información, dípticos.. de distintas técnicas y/o pruebas. El otro apartado es "información a la enfermera" donde hemos añadido distintos documentos necesarios para la enfermera en los cuidados, por ejemplo: como realizar la retirada de la bomba elastomérica o la compatibilidad entre fármacos y nutriciones enterales.

3. Tenemos un apartado que se llama: "Proceso de atención de enfermería" donde hemos añadido todos los PAE de las distintas especialidades, concretamente tenemos un total de 39 procesos cargados.

4. Otro de los apartados es: "procedimientos diagnósticos", aquí lo hemos separado en 4 categorías: digestivo, general, cardiología y pruebas radiológicas. Hemos añadido en este apartado un total de 27 pruebas diagnósticas, con instrucciones claras de realización antes de la prueba, con documentación que es necesaria antes de la realización de la misma, fármacos necesarios, etc.. y además la hoja de registro de cada una de las pruebas.

5. Tenemos un apartado de consentimientos informados, de todas las especialidades. A pesar, de que no es un documento de enfermería, nos es importante tenerlos localizados y accesibles en nuestro trabajo diario.

6. Otro de los apartados, va destinado a Prevención de Riesgos Laborales, con documentación, por ejemplo como: gestión de residuos sanitarios, actuación ante un accidente laboral..

7. Hemos añadido un último apartado para añadir los documentos administrativos: plantillas de trabajo, hojas de pedidos, recibis, hojas de permisos...

Además tenemos un buscador, que nos permite de manera fácil y accesible hacer una búsqueda de todos los archivos dentro de la web.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En un primer momento, decidimos añadir una encuesta dentro de la web del portal de enfermería, para obtener un feed-back por parte de enfermería. Por cuestiones ajenas, no lo hemos podido realizar la encuesta por la web, pero hemos realizado la misma en formato papel.

Tenemos un total de 37 encuestas, de las cuales nos han solicitado 54 documentos a incluir en nuestro aplicativo. Se han resuelto los 54 documentos y se han subido a la web. Por lo tanto tenemos un 100% de encuestas con incidencias resueltas / %encuestas presentadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar, de que cerramos este proyecto de mejora de 2019, seguiremos trabajando de manera activa en nuestra web PORTAL DE ENFERMERÍA, para facilitar a las enfermeras del Hospital de Alcañiz, la resolución rápida de dudas y la toma de decisiones con la mejor evidencia disponible, disminuyendo la variabilidad, reducción de costes... proporcionando seguridad a los profesionales y asegurar la efectividad.

Con esta herramienta tenemos la aportación de la enfermera como máximo responsable en la mejora de la salud y bienestar de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0539

### 1. TÍTULO

#### LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/539 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0539

Título  
LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Autores:  
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, LARA GARRIDO ANGELA, LACUEVA PORTOLES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

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

**PROBLEMA**  
Actualmente el Hospital de Alcañiz, está liderando y dirigiendo proyectos dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente, siempre basados en la evidencia científica, garantizando la atención y la continuidad de los cuidados, para ello se necesita de la aportación de la enfermera como máximo responsable en la mejora de la salud y bienestar de los pacientes.  
El que los profesionales se puedan involucrar en la toma de decisiones de la organización, ha sido de vital importancia para la implantación de manuales de procedimientos, de guías de trabajo, áreas de desarrollo y cartera de servicios. Con todo ello se ha mejorado la calidad asistencial de los pacientes, se ha disminuido la variabilidad clínica incorporando la evidencia científica actual, además de la reducción de costes.  
Pero queremos más, ¿qué necesita actualmente nuestra enfermera en el Hospital de Alcañiz? necesita poder resolver dudas de forma rápida, y tomar decisiones siempre con la mejor evidencia disponible, resolver dudas que se presentan en el quehacer diario, como por ejemplo, cuidados a un paciente que va a ser sometido a diferentes pruebas terapéuticas o diagnósticas. Necesita conseguir una buena comunicación entre profesionales y que se estructure este sistema de información, para así poder gestionar sus cuidados.  
Entre los problemas que nos encontramos son, por ejemplo: desconocimiento en el equipo/ materiales, desde las bombas volumétricas de infusión intravenosa, pasando por coagulómetros portátiles o monitores de registro multiparamétrico.  
También, nos encontramos con falta de instrucciones de cuidados pre pruebas, durante o posterior a todas las pruebas diagnósticas que se hacen tanto en nuestro Hospital, como aquellas que se han derivado a otros hospitales. Además de otras muchas incidencias recibidas, relacionadas con materiales, con transporte sanitario, con derivaciones a otros hospitales, etc..  
Intentaremos con este proyecto, dar solución rápida a estos problemas detectados y a los que se presenten durante la implantación del mismo.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Solucionar las dudas mas frecuentes del personal de enfermería, mediante procedimientos e instrucciones que faciliten las incidencias más frecuentes.  
- Identificar que información clave quiere que se integre dentro de la aplicación informática.  
- Lograr adecuar los recursos sanitarios disponibles a las demandas existentes.  
- Disponer de una herramienta de fácil acceso y actualizada para la práctica diaria enfermera.  
- Garantizar la actualización de los conocimientos e incrementar la motivación profesional.  
- Establecer una herramienta de comunicación entre profesionales.  
- Optimizar los conocimientos específicos de las enfermeras y el adecuado desarrollo de sus funciones.

**MÉTODO**  
- Crear un aplicativo dentro de la Intranet, para enfermería. Para ello serán de vital importancia, las reuniones dentro del grupo de hospitalización y continuidad de cuidados, donde se aporten las incidencias más frecuentes.  
- Crear un listado con toda aquella información que necesita enfermería para su práctica diaria y que necesita que sea incorporada a la aplicación informática.  
- Crear una encuesta de satisfacción dentro de la aplicación, para conocer la opinión de la enfermera sobre

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0539

### 1. TÍTULO

#### LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

esta herramienta de trabajo

#### INDICADORES

Realización de una encuesta de satisfacción, tipo litker.  
%de encuestas con incidencias resueltas/ % encuestas presentadas.  
Esta encuesta va dirigida al personal de enfermería, en la que se presenten datos sobre la satisfacción de enfermería, en cuanto a la resolución de dudas planteadas y mayormente expresadas y si se han resuelto las mismas.

#### DURACIÓN

Empezaremos a lo largo del mes de abril, con reuniones mensuales, salvando el periodo vacacional.  
Puesta en marcha del proyecto, en modo "formación" en septiembre de 2019. Trabajaremos dos meses en periodo formación y se recogerán todas las recomendaciones de las enfermeras para su puesta en marcha final.  
Recopilación de datos a cargar en el aplicativo de enfermería: desde mayo hasta agosto  
Se planteará el proyecto final, en noviembre del 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA SAENZ BALLOBAR  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL  
· Sector ..... ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FRADE PEDROSA OLALLA  
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA  
PEREZ MAICAS BEATRIZ  
TORRALBA MARCO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se han habilitado espacios para realizar las sesiones de mindfulness y se ha preparado material para poder trabajar con los pacientes.

El mindfulness, también llamado atención plena o conciencia plena, consiste en estar atento de manera intencional a lo que hacemos, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia.

El planteamiento desde este Servicio de Salud Mental, ha sido ayudar a los pacientes a través de esa "atención plena" y de la conciencia corporal ( teniendo conciencia de la respiración y de las sensaciones corporales) a identificar en el "aquí y ahora" sus emociones en ese presente, para poder trabajar a través de identificarlas, etc.

Se sabe que las personas que van a ser intervenidas quirúrgicamente (en muchas ocasiones) parten de una situación de temor, incertidumbre, etc. "Adelantando acontecimientos"... por eso el trabajo a través de la respiración y conciencia corporal les puede ayudar a sostener las incertidumbres y poder afrontar la intervención con más calma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Han sido muy pocos los pacientes derivados por parte de anestesia (aproximadamente cuatro) para realizar las sesiones de meditación mediante mindfulness y finalmente ninguno de ellos llegó a asistir a las citas, por lo que no se pudo intervenir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Ha quedado pendiente poder realizar las sesiones de mindfulness en pacientes que iban a ser intervenidos, pero consideramos que después de dos años, el proyecto debe finalizar.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1438 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1438

Título  
INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Autores:  
GONZALEZ PANZANO MANUEL, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCANIZ

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

**PROBLEMA**  
Dado el incremento en el número de pacientes que tienen que ser sometidos a cirugía por cáncer de colon en los últimos años cobra sentido dedicar recursos a una intervención que tenga por objeto que éstos lleguen en óptimas condiciones psicofísicas abordando aspectos como el ejercicio, la nutrición etc. Dada la evidencia científica que ha demostrado el mindfulness de cara a disminuir la ansiedad y mejorar la salud de una forma integral consideramos que resultaría eficaz también realizar este tipo de terapia de forma prequirúrgica para obtener sus beneficios y llegar en mejores condiciones al momento de la intervención así como también de forma postquirúrgica para una óptima recuperación.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Objetivos del proyecto:  
-Detectar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de una reducción de la ansiedad mediante las escala HADS.  
-Realizar en los meses previos a la intervención sesiones mensuales de meditación mindfulness de cara a reducir el estrés y llegar en mejores condiciones a la cirugía.  
-Realizar en los meses posteriores a la intervención 8 sesiones de forma mensual de cara a una óptima recuperación.

Población diana: Pacientes con mayor puntuación en ansiedad detectada en la escala HADS.

**MÉTODO**  
-Creación de un espacio en la agenda de los psiquiatras del CSM de Alcañiz un miércoles al mes de 8 a 10h de forma mensual para realizar la intervención de tipo mindfulness.  
-Oferta de participar en las sesiones de meditación que se organizan mensualmente en el CSM Alcañiz los miércoles.  
-Oferta postcirugía a los pacientes para continuar con 8 sesiones más de cara a la óptima recuperación.

**INDICADORES**  
Evaluación:  
-Registro de escala HADS previamente a iniciar las sesiones de meditación y tras las 8 sesiones.  
-Valoración del tiempo de recuperación del proceso en comparación a quienes no realizan las sesiones de meditación.

**DURACIÓN**  
El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, con inicio previsto en julio de 2018 y finalización en julio de 2019. Se planificarán sesiones mensuales de 2 horas, impartidas por los diferentes profesionales participantes de la USM Alcañiz.

#### 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 - 2018/0077**

**1. TÍTULO**

**INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ**

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS COLAS OROS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ RODRIGUEZ IVAN  
GAVIN BLANCO OLGA  
BRONCHAL FELL SOPHIE  
GORRIZ PINTADO SILVIA  
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR  
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES  
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se constituyó la subcomisión del código sepsis que tiene como función desarrollar el procedimiento del código sepsis y monitorizar la implantación del procedimiento en el hospital
- Se ha terminado el procedimiento, incluyendo un algoritmo de manejo de la procalcitonina, que se aprobó en la comisión de evaluación de cartera de servicios, para la evaluación de la efectividad del tratamiento antibiótico y el planteamiento del desescalamiento si procede.
- Por parte del laboratorio se ha creado el perfil del código sepsis para asegurar que no falte ningún parámetro analítico en el primer bundle
- Se han elaborado posters con el algoritmo del código sepsis para ser colgados en los boxes de urgencias.
- Creación de un registro de activación de código sepsis en las plantas
- El procedimiento se ha revisado por el equipo PROA y la comisión de infecciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación tuvo que ser aplazada debido a que el concurso de traslado de los médicos de urgencias se resolvió a final de año, por lo que vamos a comenzar las sesiones de implantación en el mes de Febrero, monitorizando la implantación mediante el seguimiento por la subcomisión de los indicadores de los pacientes con activación del código sepsis en el período comprendido entre Marzo y Mayo, estableciendo las acciones de mejora que procedan

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vamos despacio, pero hemos creado un procedimiento actualizado, con buena comunicación con los diferentes actores. Próximamente veremos los resultados que produce.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/77 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0077

Título  
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:  
COLAS OROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

### 1. TÍTULO

#### INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

##### PROBLEMA

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

##### MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

##### INDICADORES

% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)  
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)  
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)  
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)  
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas  
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas  
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

##### DURACIÓN

- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0228

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCANIZ  
· Localidad ..... ALCANIZ  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... ALCANIZ

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

VALERO MILIAN JESUS  
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA  
GASCO CASTILLO VERONICA  
DOMINGO LOPEZ RAQUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo consensuado con Atención Primaria, se ha buscado bibliografía específica tanto para el ámbito de Urología como Atención Primaria, quedando establecida una ruta asistencial que tiene en cuenta el diagnóstico diferencial de origen psicógeno u orgánico, anamnesis, con especial énfasis en fármacos que puedan relacionarse con la disfunción, pruebas complementarias, criterios de derivación a urología, tratamiento farmacológico en atención primaria, consejo sexual y revisión de la evidencia de los principales fármacos. Todavía no se ha difundido en Atención Primaria por cuestiones de agenda de la Dirección de Atención Primaria. Está previsto que se difunda en el primer trimestre de 2020 y el documento se va a colgar en la intranet en el mes de Enero.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No ha sido implantado todavía por las razones expuestas, aunque sí que puede considerarse como resultado la eficacia de la colaboración entre el servicio y Atención Primaria, contrastando nuestras distintas fuentes de información y consiguiendo consensos que nunca hasta la fecha se habían establecido en nuestro entorno.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento la estrategia de trabajo conjunto entre Atención Primaria y Urología siguiendo la trayectoria del paciente en nuestro sector se ha mostrado como una herramienta sumamente útil para conocer los enfoques de los dos ámbitos dando lugar a un protocolo compartido realmente por los dos servicios.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/228 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0228

Título  
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL

Autores:  
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, VALERO MILIAN JESUS, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, GASCO CASTILLO VERONICA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS  
Sexo .....: Hombres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Disfunción Eréctil.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0228

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL

##### RESULTADOS ESPERADOS

Protocolo de derivación de pacientes con Disfunción Eréctil para atención primaria.  
Reducir la demora en las consultas de urología.  
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.  
Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Disfunción Eréctil en el varón.

##### MÉTODO

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Disfunción Eréctil no complicada y derivación en el resto de los casos.  
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

##### INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.  
Nº de interconsultas virtuales por Disfunción Eréctil.  
% de interconsultas virtuales, por Disfunción Eréctil, con demoras mayores de 7 días.

##### DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo  
- Junio: Difusión en los centros de salud  
- Diciembre: Evaluación

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0230

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ..... VICENTE JOSE ANDRES LAZARO

· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ALCAÑIZ  
· Localidad ..... ALCAÑIZ  
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA  
· Sector ..... ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO MILIAN JESUS  
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA  
GASCO CASTILLO VERONICA  
DOMINGO LOPEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo consensuado con Atención Primaria, se ha buscado bibliografía específica tanto para el ámbito de Urología como Atención Primaria, quedando establecida una ruta asistencial que comienza con anamnesis que incluye fármacos que pueden favorecer la incontinencia y clasificación de los síntomas mediante cuestionarios de incontinencia de esfuerzo y urgencia para orientar el diagnóstico y posterior tratamiento. Destacamos el esfuerzo en documentar el método de realización de ejercicios de suelo pélvico, que pueden orientar futuras acciones educativas grupales en atención primaria. Finalmente se ha revisado la evidencia del tratamiento farmacológico disponible actualmente informando especialmente de los efectos secundarios que causan la mayor parte de abandonos del tratamiento. La ruta asistencial ha sido concluida, pero no ha sido difundida todavía en Atención Primaria, por cuestiones de agenda de la Dirección. Está previsto que se difunda en el primer trimestre de 2020 y el documento se va a colgar en la intranet en el mes de Enero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No ha sido implantado todavía por las razones expuestas, aunque sí que puede considerarse como resultado la eficacia de la colaboración entre el servicio y Atención Primaria, contrastando nuestras distintas fuentes de información y consiguiendo consensos que nunca hasta la fecha se habían establecido en nuestro entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento la estrategia de trabajo conjunto entre Atención Primaria y Urología siguiendo la trayectoria del paciente en nuestro sector se ha mostrado como una herramienta sumamente útil para conocer los enfoques de los ámbitos dando lugar a un protocolo compartido realmente por los dos servicios. Fruto de esta experiencia hemos creado una línea de trabajo que nos pueda potenciar a los dos servicios.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/230 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0230

Título  
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Autores:  
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, VALERO MILIAN JESUS, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, GASCO CASTILLO VERONICA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0230

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Incontinencia Urinaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Protocolo de derivación de pacientes con Incontinencia Urinaria para atención primaria.  
Reducir la demora en las consultas de urología.  
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.  
Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Incontinencia urinaria en la mujer.

#### MÉTODO

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Incontinencia urinaria no complicada y derivación en el resto de los casos.  
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

#### INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.  
Nº de interconsultas virtuales por Incontinencia Urinaria.  
% de interconsultas virtuales, por Incontinencia Urinaria, con demoras mayores de 7 días.

#### DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo  
- Junio: Difusión en los centros de salud  
- Diciembre: Evaluación

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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