

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

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

Número de memorias: 71 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector CALATAYUD							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AMB	USM CALATAYUD	ABAD BOUZAN CRISTINA	2019_0103	F	26/02/2020	CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO
CA	AMB	USM INFANTO JUVENIL CALATAYUD	CEBOLLA POLA MARCOS	2018_0184	F	08/01/2020	MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD (2018_0184)
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA	2018_0572	F	31/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	ROYO VILLA ALBERTO	2018_0573	F	30/01/2020	ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON
CA	AP	CS ALHAMA DE ARAGON	COMPES DEA MARTA	2019_1268	F	26/01/2020	YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS
CA	AP	CS ARIZA	LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA	2019_1469	F	15/01/2020	ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.
CA	AP	CS ARIZA	ROIG BARTOLOME ISRAEL	2019_1473	F	31/01/2020	MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA
CA	AP	CS ARIZA	BENDICHO ROJO CESAR	2019_1474	F	23/12/2019	NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN
CA	AP	CS ATECA	IBAÑEZ FORNES MONICA	2018_0582	S2	27/01/2020	ACOPLA SALUD
CA	AP	CS ATECA	MELENDO BUENO MAGDALENA	2019_1165	F	30/01/2020	MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA
CA	AP	CS ATECA	GALINDO FAGO ADRIANA	2019_1270	F	31/01/2020	ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS
CA	AP	CS ATECA	REMIRO SERRANO FATIMA	2019_1288	F	24/01/2020	INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY
CA	AP	CS ATECA	BLANQUEZ PUEYO MERCEDES	2019_1460	F	24/01/2020	ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTES COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LOPEZ FELEZ CARLOS	2019_1166	F	22/12/2019	GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	TORCAL CASADO MARIA ROSARIO	2019_1169	F	26/12/2019	FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE EN AUTOCONTROL DE COAGULACION
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE	LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE	2019_1228	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	RAMON DEL CARMEN MARIA JOSE	2019_1213	F	29/01/2020	GRUPO DE MUJERES +45
CA	AP	CS CALATAYUD NORTE UNIDAD DE SALUD MENTAL	DELGADO MIGUEL PILAR	2019_0449	F	27/02/2020	IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA	2019_1151	F	23/01/2020	TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	PEREZ BENAVIDES JULIO CESAR	2019_1229	F	30/01/2020	HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD
CA	AP	CS CALATAYUD SUR	DIGON SANMARTIN LUIS	2019_1308	F	31/01/2020	IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR
CA	AP	CS DAROCA	CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL	2019_1072	F	15/01/2020	PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL
CA	AP	CS DAROCA	RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS	2019_1092	F	15/01/2020	ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRIA
CA	AP	CS DAROCA	CUADRADO GONZALEZ AINOA	2019_1093	F	15/01/2020	AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS
CA	AP	CS ILLUECA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2018_1159	F	20/01/2020	TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA
CA	AP	CS ILLUECA	GARCIA REDONDO PILAR	2018_1275	F	30/01/2020	EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

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

### Memorias de Proyectos seleccionados (de TODAS)

Número de memorias: 71 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)

Sector CALATAYUD							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	AP	CS ILLUECA	MELUS ROJAS ROCIO	2019_1218	F	27/01/2020	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL C.S. ILLUECA
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MURO CULEBRAS MARIA	2019_1477	S1	27/01/2020	UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS
CA	AP	CS MORATA DE JALON	MARIN LAZARO RAQUEL	2019_1510	S1	20/01/2020	ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON
CA	AP	CS SAVIÑAN	HUERTAS BADOS MARIA LUISA	2019_1010	F	30/01/2020	MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN
CA	AP	CS SAVIÑAN	MARTIN CIMORRA FRANCISCO JAVIER	2019_1012	F	29/01/2020	PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN
CA	AP	CS SAVIÑAN	MERINO LABORDA JOAQUIN	2019_1014	F	10/01/2020	MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	GUERRERO TOLEDO YAMILETH	2018_0560	F	24/02/2020	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	ARANDA GRACIA MARIA JESUS	2018_0562	F	30/01/2020	MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	MORALES MERINO YOLANDA	2019_1233	F	26/01/2020	TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD
CA	AP	CS VILLARROYA DE LA SIERRA	AZON LOPEZ ESTHER	2019_1259	F	26/01/2020	TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UNA DECUADO REGISTRO
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2016_1101	F	29/01/2020	TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD	CODES GOMEZ JOSE	2018_0018	F	28/01/2020	ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2018_0030	F	31/01/2020	ATENCIÓN INTEGRAL A LAS HERIDAS CRÓNICAS (HC); LESIONES POR PRESIÓN, LESIONES DE ORIGEN VASCULAR, PIE DIABÉTICO Y OTRAS
CA	AP	DAP CALATAYUD	BUENO PASCUAL MARGARITA	2019_0009	F	29/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD
CA	AP	DAP CALATAYUD FARMACIA ATENCION PRIMARIA	DE LUCAS BARQUERO ARIADNA	2018_0029	F	31/01/2020	GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS
CA	AP	DAP CALATAYUD UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	BEN CHEIKH EL AAYUNI WAFI	2019_0046	S1	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION EN LOS CENTROS DE SALUD Y CONSULTORIOS LOCALES DEL SECTOR CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANALISIS CLINICOS	AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA	2019_1311	F	27/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ANESTESIA Y REANIMACION	ORTIZ ENCISO MARTA	2018_1207	F	28/02/2020	OPTIMIZACION DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH BLOQUE QUIRURGICO	JIMENEZ IHUARBEN CARMEN	2019_1343	S1	13/01/2020	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE	2019_1097	F	09/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	SANZ FOIX PERFECTA	2019_0464	S5	30/01/2020	CREACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN	2019_0464	F	29/01/2020	CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN ELHOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH FARMACIA HOSPITALARIA	URIARTE PINTO MOISES	2018_0485	F	31/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA INTERNA	DE MARCO MURO MARIA CRISTINA	2019_0891	F	30/01/2020	MEJORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO CRÓNICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA	2019_1353	F	31/01/2020	REALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROTOCOLO DE VACUNACIÓN PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO	2018_0281	F	30/01/2020	ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

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

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

*Número de memorias: 71 (Actualizado el miércoles 4 de marzo de 2020 a las 13:16:22 horas)*

**Sector CALATAYUD**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUMOLOGIA	SANCHO MUÑOZ ELENA	2019_1417	F	24/01/2020	IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH NEUROLOGIA	SERAL MORAL MARIA	2019_1406	F	30/01/2020	TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GRACIA COLERA DANIEL	2019_0565	F	29/12/2019	INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DURAN ALGAS LORENA	2019_0638	F	30/01/2020	SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FARRER VELAZQUEZ MANUEL	2019_0639	F	30/01/2020	APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE	2019_0646	F	30/01/2020	FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERNAL ARAHAL MARIA TERESA	2019_0859	F	31/01/2020	VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CAÑIZARES OLIVER SILVIA	2019_0871	S1	29/01/2020	INFORMATIZACIÓN DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GARCIA SIMON RAQUEL	2019_0872	S1	20/01/2020	RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH OFTALMOLOGIA	DIAZ PEIRO SILVIA	2019_0723	F	30/01/2020	REVISIÓN DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS CRÓNICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	JIMENEZ RUBIANO BERTA	2018_1166	F	31/01/2020	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	BLANCAS COSTEA ANA MARIA	2019_0805	F	31/01/2020	PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH ONCOLOGIA MEDICA	VALERO SANCHEZ SONIA	2019_1170	S1	28/01/2020	IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR	2019_0019	S1	07/01/2020	IMPLANTACION DE UN CIRCUITO DE ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIO Y GESTION DEL CARRO DE PARADA CARDIACA EN PACIENTE ADULTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2016_0302	F	24/01/2020	ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)	GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA	2018_0100	F	15/01/2020	IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2018_0672	F	30/01/2020	AUMENTAR LA RESOLUCION DE UNIDADES NO RADIOLOGICAS MEDIANTE LA UTILIZACION DE LA ECOGRAFÍA
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	CATALAN LADRON MARIA LUISA	2019_0053	S1	30/01/2020	MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE
CA	HOSP	H ERNEST LLUCH URGENCIAS	GONZALEZ ARIZA BENJAMIN	2019_1152	S1	21/01/2020	ATENCION DEL PACIENTE CRITICO EN EL AREA DE URGENCIAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0103

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA ABAD BOUZAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... USM CALATAYUD  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARCO GOMEZ BARBARA MARIA  
CEBOLLA POLA MARCOS  
GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA  
GARCIA RAPUN MARINA  
DELGADO MIGUEL PILAR  
LAHOZ PEREZ ROSARIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Un total de 17 pacientes adscritos a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Calatayud cumplían la mayoría de edad en 2019, por lo que fueron incluidos en el protocolo de continuidad asistencial. Según se iba aproximando el paso a la USM de adultos se han ido ajustando las citas con los especialistas responsables de los casos para preparar el cambio. En estas, se ha solicitado el consentimiento informado a los progenitores o responsables de los pacientes para poder compartir la información clínica con el equipo de cara a facilitar el cambio de unidad. También se ha administrado un cuestionario de opinión a los pacientes y familiares/responsables para conocer grado de satisfacción respecto a varias cuestiones del funcionamiento de la unidad infantojuvenil. Se ha realizado una valoración conjunta de todo el equipo de la USM (adultos e infantil) de cada uno de los casos, previo a la derivación. En esta reuniones se comenta la situación clínica, la necesidad de continuidad o no de seguimiento especializado y el mejor diseño terapéutico de cara al futuro (se designa el facultativo responsable de la USM de adultos).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A través de una revisión sociodemográfica se obtuvieron los siguientes resultados:

- Procedencia: 11 pacientes fueron derivados del Centro de Salud de Calatayud (64,7%) y 6 procedían de algún consultorio o centro de referencia rural de la zona básica de salud.
- Sexo: 12 pacientes eran mujeres (70,5%) y 5 varones.
- Nacionalidad: Española (13), Marroquí (2), Brasileña (1) y Rumana (1).
- Diagnóstico clínico desde la USM I-J: Trastorno adaptativo mixto (5), TDAH (4), Trastorno de Ansiedad Generalizada (3), Depresión mayor (1), TOC (1), Bulimia Nerviosa (1), Trastorno disociativo y de conversión (1) y consumo de tóxicos: THC (1).
- Destacan como diagnóstico secundario, la presencia de consumo de tóxicos (cannabis) en dos pacientes, epilepsia en otros dos adolescentes y discapacidad intelectual leve en tres de ellos.
- Derivación: 6 (35,2%) pacientes (41,1%), fueron dados de alta del servicio de infanto-juvenil a los pocos meses de cumplida su mayoría de edad por mejoría clínica. 2 adolescentes (11,7%), ambas con diagnóstico de TDAH sin comorbilidad, mantienen seguimiento en este recurso con alta probable en las próximas fechas. Otra paciente, dadas dificultades cognitivas y de aprendizaje y la buena adherencia al recurso, y de acuerdo con la familia y profesionales de adultos, mantendrá el seguimiento en la unidad de infantil mientras precise seguimiento. 5 pacientes (29,41%) fueron derivados a la Unidad de adultos siguiendo el protocolo establecido. A los cinco se les asignó un profesional de psiquiatría de referencia y a cuatro de ellos, además, de psicología clínica. Dos pacientes abandonaron voluntariamente el recurso antes de la mayoría de edad y no justificaron su ausencia a las consultas de seguimiento, y por último, otra paciente por motivos académicos y de traslado continuó el seguimiento en otra Unidad de Salud Mental.

De los indicadores planteados en el proyecto de calidad, se obtuvieron estos resultados:

-Nº de pacientes procedentes de USMIJ con informe de derivación\*/ Nº total de pacientes derivados procedentes de Infanto-Juvenil  
5/5 100%

Nº de pacientes en seguimiento derivados a USM adultos a los 18 años / nº total de pacientes en seguimiento en USMIJ que hayan cumplido los 18 años

5/13 (que cumplían mayoría de edad en 2019) 38,46%

5/247 (total de pacientes en seguimiento actual en USMIJ) 2,02%

Cuestionario: Se creó una encuesta de opinión para los padres/madres/tutores de los pacientes derivados, para conocer grado de satisfacción respecto a varias cuestiones del funcionamiento de la unidad infantil. Cada pregunta se midió mediante escala Likert (1-nada satisfecho, 2-poco satisfecho, 3-ni satisfecho ni insatisfecho, 4-satisfecho, 5- muy satisfecho)

- De las correspondientes a la ubicación y estado de las consultas: Puntuación 4 y 5
- Accesibilidad para ser atendido fuera de la consulta programada:5
- Tiempo transcurrido entre solicitud y primera consulta:4 y 5.
- Trato recibido por los profesionales de la USMIJ: 5
- Información sobre la evolución del menor: 4 y 5.
- Coordinación con el centro educativo u otros recursos: 4 y 5.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0103

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de la experiencia innovadora de este año, consideramos que tanto para los pacientes y sus familiares, como para los profesionales implicados, facilitar la transición entre las dos USM ha sido muy beneficioso. Las reuniones de trabajo han sido enriquecedoras, aportando el material clínico necesario para poder continuar desde el punto del recorrido terapéutico en el que se encontraba el paciente. Se favorece la adherencia al recurso, se generan lazos de confianza y se eliminan pérdidas de información y confusiones. Implica un mayor esfuerzo por parte del equipo a nivel de coordinación y participación, pero los resultados obtenidos son satisfactorios.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/103 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0103

Título  
CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

Autores:  
ABAD BOUZAN CRISTINA, DELGADO MIGUEL MARIA PILAR, MARCO GOMEZ BARBARA MARIA, CEBOLLA POLA MARCOS, LAHOZ PEREZ ROSARIO, GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM CALATAYUD

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ a partir de ahora), se inauguró en junio de 2018, atendiendo de forma multidisciplinar (psicología, enfermería especializada y psiquiatría) a la población con problemas de salud mental en edades comprendidas entre los 6 y los 17 años incluidos.  
A pesar de la reciente apertura de la unidad, hemos comenzado a experimentar la necesidad de realizar el traslado de pacientes con problemas de salud mental a la unidad de adultos, al cumplir la mayoría de edad y existir la necesidad de prorrogar el tratamiento y seguimientos especializados.  
La coordinación entre ambos equipos, traspaso de información, objetivos de tratamiento planteados con los pacientes y sus familias, e incluso una primera entrevista conjunta para la presentación del nuevo profesional/es de referencia, redundaría no solo en la calidad asistencial prestada, sino en la agilidad y posiblemente en la facilitación de una buena adherencia terapéutica especialmente complicada debido a la idiosincrasia de esta población

RESULTADOS ESPERADOS  
- Garantizar una correcta continuidad de atención y cuidados para aquellos pacientes que continúen el seguimiento en la USM de adultos.  
- Agilizar el traspaso de información relevante en la derivación de casos mediante la reunión multidisciplinar con profesionales de ambos recursos.  
- Coordinación de las líneas de tratamiento a seguir entre los distintos profesionales que atiendan a los pacientes.  
- Favorecer la adecuada adherencia terapéutica minimizando los casos de trastorno mental sin seguimiento o tratamiento.

MÉTODO  
1) Los profesionales de la USMIJ, generarán un listado de pacientes que vayan a cumplir la mayoría de edad  
a

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0103

### 1. TÍTULO

#### CONTINUIDAD ASISTENCIAL PARA LA SALUD MENTAL DE CALATAYUD: PROTOCOLO DE DERIVACION DESDE LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL A LA USM DE ADULTOS. ACOMPAÑANDO EN LA TRANSICION DE ADOLESCENTE A ADULTO

lo largo del año en curso, marcando la fecha en la que tendrán la última consulta programada con cualquiera de los miembros del recurso.

2) Llegada la cita de la última revisión, se informará al paciente (y familiares en su caso) del cambio de unidad, realizando el proceso de consentimiento informado que permita exponer los datos relevantes del caso clínico (diagnóstico, valoración psicométrica, tratamientos ensayados, evolución del paciente...) a los nuevos de profesionales del equipo de adultos.

3) Este proceso de consentimiento, así como el resumen clínico de la evolución del paciente, quedarán reflejados en la Historia Clínica Electrónica con acceso también a los profesionales de atención primaria de referencia, en forma de "Informe de Derivación" \*.

4) De forma mensual, en dependencia del número de casos a derivar, se acordará una reunión entre ambas unidades en la que se presentará el caso y se determinará el nuevo profesional asignado, prioridad de la cita, fecha de la consulta y emisión de la misma por parte de la secretaria de la USM.

5) Llegado el día de la primera consulta, el profesional responsable o referente de la USM IJ realizará el acompañamiento físico y presentación al nuevo terapeuta, que procederá a la entrevista de acogida, favoreciendo así la adherencia y continuidad en el tratamiento y los cuidados.

#### INDICADORES

Revisión trimestral de casos e Historias Clínicas en la que se determine;

-Nº de pacientes procedentes de USMIJ con informe de derivación\*/ Nº total de pacientes derivados procedentes de Infanto-Juvenil

Se estimará un grado de cumplimiento si se supera el 85% como límite superior. Se aplicará un 70% como límite inferior.

-También se realizará la estimación anual del total de pacientes que cumplen la mayoría de edad y los que hayan sido derivados a la Unidad de adultos;  
Nº de pacientes en seguimiento derivados a USM adultos a los 18 años / nº total de pacientes en seguimiento en USMIJ que hayan cumplido los 18 años

- Registro del motivo por el que, si se da el caso, los pacientes no continúen el seguimiento especializado en la USM de adultos: alta médica, abandono, derivación a otro recurso especializado. Nº pacientes derivados desde la USMIJ a la USM que mantienen asistencia al recurso tras 6 meses de la derivación/nº pacientes derivados desde la USMIJ a la USM.

-Cuestionario de satisfacción en la derivación para pacientes y sus familias.

-Valoración de la utilidad del acompañamiento por parte de los profesionales que derivan y que lo reciben: escala Likert.

#### DURACIÓN

Diciembre 2018: Elaboración del plan de continuidad entre unidades.

Enero 2019: Registro de los pacientes que cumplan mayoría de edad en 2019 (se irá actualizando de forma continua conforme se reciban nuevos pacientes).

Febrero-noviembre 2019: Implementación del Plan de calidad (Consentimiento, realización del Informe de derivación, reuniones de coordinación entre equipos, entrevista de despedida, presentación y acogida por parte de la nueva unidad)

Diciembre 2019: Cálculo de indicadores y cuestionarios, evaluación del plan y del cumplimiento de objetivos

#### 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 - 2018/0184

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD (2018\_0184)

Fecha de entrada: 08/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARCOS CEBOLLA POLA  
• Profesión ..... ENFERMERO/A  
• Centro ..... USM INFANTO JUVENIL CALATAYUD  
• Localidad ..... CALATAYUD  
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
• Sector ..... CALATAYUD

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

ABAD BOUZAN CRISTINA  
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL  
DELGADO MIGUEL MARIA PILAR  
MARCO GOMEZ BARBARA MARIA  
GIMENEZ ZORRAQUINO ALICIA  
LABORDA HIGES FATIMA MARIA  
ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA  
GARCIA RAPUN MARINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal utilizando un muestreo no probabilístico de casos consecutivos durante el segundo trimestre de 2019. Se han revisado las 25 primeras interconsultas virtuales recibidas en la USM desde atención primaria correspondientes a los meses de abril, mayo y junio. Se constituyó una plantilla para la recogida de datos como edad, sexo, procedencia (rural vs urbano), prioridad (normal vs preferente), motivo de consulta, contacto telefónico para la entrevista estructurada, etc. Se desecharon aquellas derivaciones que por procedencia (atención especializada) o por error en su emisión, no llegaron a través de esta herramienta.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez revisadas las Historias clínicas de las derivaciones a la USM durante esos meses, se obtuvieron datos de un total de 75 pacientes con los siguientes datos descriptivos más relevantes. (Entre paréntesis y negrita los recogidos en la primera memoria en Junio de 2019)

Edad: 36% (43,2%) de las derivaciones son de edades comprendidas entre 41-60 años, constituyendo como el año anterior el rango de edad más frecuente. El segundo, fue el de 18-30 años de edad con un total de 20 pacientes derivados, seguido del grupo de pacientes de entre 61 y 80 años (17,3%).

Sexo: Mujeres 54,7% (64%) Hombres 45,3% (36%)

Diagnósticos: Como en 2018, el primer motivo de consulta fue la presencia de síntomas depresivos, ansiosos o adaptativos mixtos en contexto de dificultades personales, familiares o laborales con un 44% del total de derivaciones. Primer o recurrente episodio depresivo mayor con un 12%, un 10% de pacientes fueron derivados por consumo abusivo de tóxicos (alcohol y/o cannabis en todos los casos), al igual que diagnósticos vinculados a la psicosis (fundamentalmente descompensación clínica en pacientes con Trastorno Mental Grave o aparición de un primer brote psicótico) con otro 10%. Un total de 4 casos (8%) fueron derivados por alteraciones conductuales, abandono farmacológico o reciente traslado al sector de pacientes con Trastorno de la Personalidad diagnosticados previamente. Tres pacientes (6%) fueron derivados por Trastorno de Ansiedad Generalizada, un 4% por Trastornos del humor persistente (distimia), y un 2% derivaciones por Trastorno somatomorfo, de control de impulsos y con adversidad psicosocial grave con un caso cada uno.

Prioridad: Normal 77,3% (86%), preferente 21,4% (14%) y urgente 1,3% (0%). Cabe destacar que, en 5 casos derivados con prioridad normal, se modificó la atención a preferente tras la recogida de datos en la entrevista telefónica.

Nacionalidad: Española 80% (80%) y extranjera 20% (20%)

Procedencia: Urbano 48% (57%) frente a CS rural 52% (43%).

Historia Previa en USM Calatayud: 36% con Historia previa (30%) frente al 64% de los casos (70%), que acudían por primera vez a la USM.

Contactados a través de entrevista telefónica: Se pudo realizar la entrevista telefónica a un 81,3% de los pacientes derivados (76% en 2018) lo que se traduce en un aumento respecto a la muestra del año anterior. En 8 de los 75 casos de 2019, un total de 10,6%, el profesional de enfermería no pudo contactar para este fin, frente al 24% del año anterior. Otros motivos "justificados" por los que no se contactó vía telefónica fueron: Ingreso hospitalario del paciente en el momento de la derivación, respuesta del profesional de la USM en la propia interconsulta al facultativo solicitante en el que se añadían pautas farmacológicas para la mejoría clínica sin que fuese preciso su posterior citación presencial ó la remisión a otro recurso especializado no existente en el sector Calatayud (Centro Solidaridad para deshabitación de tóxicos).

Asistencia a primera consulta: Un 76,5% de los pacientes citados (68% en 2018) acudieron a la primera consulta presencial, frente un 23,6% (32%) que no acudieron a la primera cita con profesional de USM.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una adecuada recogida de datos a través de la entrevista telefónica. facilita la comunicación y coordinación interprofesional, y permite establecer la prioridad, profesional de referencia y planes terapéuticos que seguirán los pacientes derivados a la USM.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0184

### 1. TÍTULO

#### **MEJORA DE LA APERTURA DE HISTORIA CLINICA A TRAVES DE ENTREVISTA TELEFONICA ESTRUCTURADA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE CALATAYUD (2018\_0184)**

Con las mejoras facilitadas a los profesionales de atención primaria (proporcionar número de teléfono actualizado e informarles de la llamada telefónica que se realizará desde USM) se ha logrado disminuir significativamente el número de pacientes no contactados. Mejorar el porcentaje de primeras consultas telefónicas realizadas, repercute en obtener una completa recogida de datos biopsicosociales de los pacientes y por lo tanto, disponer de más elementos para determinar su trayectoria en el recurso.

#### 7. OBSERVACIONES.

##### Dificultades:

Como instrumentos de mejora en este apartado respecto a las dificultades referidas en la memoria del año pasado, se ha reconocido la llamada telefónica previa al día de consulta, realizada desde enfermería, como uno de los factores que mejor contribuyen al recordatorio de la misma. Si tomamos la muestra de los pacientes contactados desde enfermería (61 pacientes de los 75 totales), más del 85% acudieron posteriormente a la cita presencial, por lo que se deduce que la entrevista telefónica pueda significar un primer elemento de anclaje y vinculación de los pacientes con el recurso.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... TERESA PEREZ-CABALLERO SANCHEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON  
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR  
FUNES NAVARRO ENMANUEL  
JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En febrero de 2019 se manda la memoria del anterior proyecto al director médico de A.P. y se decide continuar con este trabajo como proyecto de continuación. En abril se solicita a dirección el listado de fumadores y el 3 de junio se realiza una reunión con el EAP y se repasan objetivos, indicadores y cartera de servicios del paciente EPOC. En la misma se reparten una serie de cuestionarios para entregar a los pacientes EPOC y realizar un cuestionario pre y post educación para la salud. La idea inicial era entregar los cuestionarios, realizar una serie de charlas sobre el manejo de inhaladores con los pacientes EPOC y al finalizar la charla, entregarles el mismo cuestionario para valorar lo aprendido. Finalmente se han sustituido las charlas grupales por EPS individualizada en consulta de enfermería.

El método utilizado para la realización de COPD-6 y espirometrías es el mismo que en 2018. Captación en consulta programada de enfermería a partir de los listados de OMI del programa de atención a pacientes crónicos: EPOC. Algunos de estos pacientes han aportado copia de la espirometría realizada en consultas externas de neumología, previa petición desde Atención Primaria.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto al indicador 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tiene un FEV1/CVF<70%, nos habíamos marcado un objetivo del 80%. Se han realizado 90 espirometrías a un total de 117 pacientes EPOC, lo que supone que un 76,92% de los pacientes tiene una espirometría realizada en los últimos 2 años. No se ha realizado espirometría a 27 pacientes, un 23,07% del total. Entre las causas para su no realización podemos enumerar las siguientes:

- Patología neurodegenerativa: 3 (11,11%)
- Edad: 4 (14,81%)
- Falta de colaboración: 2 (7,40%)
- Incomparecencia: 4 (14,81%)
- Error diagnóstico: 2 (7,40%)
- Patología cardiovascular: 1 (3,70%)
- Otras patologías: 1 (3,70%)
- No realizadas: 10 (37,03%)

Con respecto al indicador 2: % de prevalencia EPOC. Nuestro objetivo era conseguir al menos un 5,44%, consiguiendo finalmente aumentar nuestra prevalencia EPOC hasta un 6,31%.

En el indicador 3: % de pacientes fumadores entre 40-80 años a los que se les ha realizado un COPD-6 se ha obtenido un 72,34%, realizándose 191 COPD-6 a un total de 264 pacientes fumadores (40-80 años). No se realizó un COPD-6 a 73 pacientes (27,65%). Dentro de las posibles causas para su no realización nos encontramos:

- Incomparecencia: 12 (16,43%)
- Negativa del paciente: 15 (20,54%)
- Falta de colaboración: 1 (1,36%)
- No localizable: 5 (6,84%)
- No realizados: 2 (2,73%)
- Desconocida: 38 (52,05%)

En cuanto al indicador 4: % de pacientes con diagnóstico EPOC y con registro en OMI de "Limpieza ineficaz de las vías aéreas" en el último año, nos marcamos un objetivo del 60%, alcanzado un 86,46%.

Por último, el indicador 5: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de educación para la salud, consideramos relevante comentar lo siguiente:

- o Un 85% de los pacientes desconoce el nombre del inhalador/es que utiliza, reconociéndolo por su forma, color o tamaño.
- o A la hora de tomar 2 inhaladores, el 73% sabe cual debe tomar primero pero no sabe ponerlos en orden por su nombre.
- o El 100% de los pacientes refiere haber recibido información sobre cómo utilizar su inhalador o haber recibido consejos sobre su uso, ya sea desde la consulta de Enfermería/Medicina o a través del Servicio de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

##### Neumología.

- o En cuanto a la técnica de inhalación, un 64% realizan los 3 pasos completos, aumentando a un 96% los pacientes que realizan la apnea. Aunque sólo un 36% conozca cuanto tiempo debe durar esta apnea.
- o Un 25% no limpian el dispositivo y un 73% se enjuaga siempre después de su uso.
- o En cuanto a posibles infecciones después del uso de inhaladores, un 5,06% ha tenido úlceras bucales y un 15% candidiasis bucales.
- o Por último, el 100% realiza la técnica en la posición correcta.

Después de la consulta de educación para la salud, el porcentaje de pacientes que conoce el nombre de los inhaladores es de un 88%, en cuanto a la técnica de inhalación aumenta hasta un 78%, un 57% conoce el tiempo de apnea y un 90% sabe cada cuanto debe limpiar su dispositivo.

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### CONCLUSIONES:

- o Se ha realizado una espirometría en los últimos 2 años al 76,92% de los pacientes EPOC y a un 91,45% del total si se tienen en cuenta aquellos pacientes que presentan una contraindicación absoluta o relativa para su realización.
- o Se ha alcanzado una prevalencia EPOC del 6,31%, aumentando en un 63,54% nuestra prevalencia en 2 años.
- o Se ha realizado un screening al 72,34% de la población fumadora (40-80 años), ofertándose a un 82,95% del total de la población.
- o Se ha alcanzado un registro de "limpieza ineficaz de las vías aéreas" de un 86,46%, lo que supone un 39,47% y 75,83% más de registro que en el sector Calatayud y Aragón, respectivamente, donde solamente se alcanza un registro del 20,90%.
- o Tras la consulta de EPS un 88% de los pacientes conocía el nombre de los inhaladores, un 78% realizaba una técnica inhalatoria correcta, un 57% conocía el tiempo de apnea y un 90% sabía cada cuanto tenía que limpiar el dispositivo.

#### RECOMENDACIONES:

Trabajar en una ZBS con mucha dispersión ha dificultado la realización de este proyecto, ya que un número considerable de pacientes no dispone de medio de transporte para acceder a estos servicios, además muchos de ellos no estaban dispuestos a desplazarse para la realización de una prueba. Al contar sólo con un espirómetro, este se debe compartir por quincenas entre la zona de Alhama de Aragón y Nuévalos, lo que reduce la posibilidad de trabajar a la mitad. Como hemos dicho en otras ocasiones, nuestra ZBS es tan dispersa que funcionamos como 2 centros de salud y aunque la implicación de los profesionales es importante, sería necesario dotar del material suficiente a ambos centros, por lo que seguimos solicitando a dirección la adquisición de un segundo espirómetro

### 7. OBSERVACIONES.

Desde el mes de noviembre de 2019 cada enfermero cuenta con un COPD-6 en su consulta, lo que ha facilitado la posibilidad de trabajar con él, aumentando de forma considerable el screening en la población fumadora durante el último trimestre.

Las charlas grupales no se han podido realizar ya que ha resultado tremendamente difícil reunir a los pacientes en pequeños grupos, dada la gran dispersión geográfica de la ZBS, optando por una educación para la salud individualizada en la consulta de enfermería, más eficaz, fácil y cercana para los pacientes.

En cuanto a la consulta de educación para la salud, consideramos que el hecho de que un porcentaje tan alto de pacientes desconozcan el nombre de los inhaladores se debe a la edad de la población, ya que está muy envejecida, y les resulta difícil memorizar los nombres.

Algunos pacientes, por sus condiciones físicas, les resulta más sencillo y cómodo usar la cámara inhalatoria, por lo que ciertas preguntas del cuestionario fueron omitidas.

También creemos que al pasar el cuestionario inmediatamente después de realizar la consulta de EPS, el porcentaje de pacientes que corrigen errores y realizan correctamente la técnica aumenta considerablemente, por lo que consideramos oportuno realizar revisiones periódicas en consulta para asegurarnos y reforzar conceptos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/572 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0572

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN

PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACION PARA LA SALUD EN EL PACIENTE EPOC DEL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:  
PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, PARDO HERNANDEZ MARIA PILAR, FUNES NAVARRO EMMANUEL, JUDEZ JOVEN ROSA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

La prevalencia de EPOC registrada en OMI en nuestra ZBS en dicha población a fecha 31/12/2.017 es del 4,01%, por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud, según indica el estudio EPISCAN, el cual marca una prevalencia del 10,2% en personas entre 40-80 años. Es necesario aumentar la realización de espirometrías por parte del personal de enfermería. Además el registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas alcanza el 46,30%. Nos planteamos aumentar este registro hasta un 60%. Existe una falta de destreza en el uso de los inhaladores por parte de los pacientes EPOC. Sería conveniente acciones al respecto.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

1. Conseguir que todos los pacientes >40 años diagnosticados de EPOC tengan realizada, al menos, una espirometría.
  2. Contribuir a aumentar el registro de paciente con EPOC, actualmente en el 4.01%, mediante la realización de espirometrías a pacientes fumadores.
  3. Alcanzar una cobertura, de al menos, el 60% (estándar: 50-70%) en el registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en 2.018.
  4. Mejorar el conocimiento y uso de los distintos tipos de inhaladores en los pacientes EPOC.
- Población diana: pacientes EPOC >40 años y <80 años de la ZBS de Alhama de Aragón.  
Intervenciones: realización de espirometrías, revisión y cumplimentación del registro de limpieza ineficaz de vías aéreas y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC, previo y posterior, a la comprobación del uso de los distintos dispositivos en la consulta de enfermería.

#### MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo de la responsable del proyecto de calidad, dirigida al personal de enfermería de nuestro EAP. Dicha sesión formativa consistirá en un taller práctico para la realización de espirometrías.
2. Rotatorio de las enfermeras del EAP con la enfermera de consultas externas de neumología del Hospital Ernest Lluch para mejorar la técnica de realización de espirometrías.
3. Creación de una agenda para la realización de espirometrías, con un máximo de 2 espirometrías al día, 15 días en el C.S de Alhama de Aragón y 15 días en el PAC de Nuevalos. En caso de que el paciente acuda al hospital para la realización de una espirometría, se solicitará una copia de la misma.
4. Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes que no tengan un registro de limpieza ineficaz de las vías aéreas. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada.
5. Entrega y realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores a los pacientes diagnosticados de EPOC, previo y posterior a la comprobación del correcto uso de los dispositivos, para valorar la mejora en el uso de los mismos tras la actividad de educación para la salud.
6. Reuniones cuatrimestrales y puesta en común de los resultados obtenidos hasta la fecha.

#### INDICADORES

- 1: % de pacientes con EPOC a los que se les ha realizado una espirometría y tienen un FEV1 < 70. Objetivo: 100%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 2: % de prevalencia de EPOC. Objetivo: superar el 4,01% de 2.017. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Periodo de evaluación: al finalizar el año 2.018
- 3: % de pacientes con diagnóstico de EPOC y con registro de limpieza ineficaz de vías aéreas en el último año. Fuente de información: Cuadro de Mandos de Acuerdo de Gestión del EAP. Valor a alcanzar: 60%. Valor inferior: 50%. Valor superior: 70%. Periodo de evaluación: al finalizar el año.
- 4: % de pacientes que utilizan correctamente los dispositivos de inhalación antes y después de la consulta de

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0572**

**1. TÍTULO**

**PROGRAMA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO, REGISTRO ENFERMERO Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE EPOC DEL C.S. ALHAMA DE ARAGÓN**

educación para la salud. Fuente de información: cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores en los pacientes EPOC. Período de evaluación al finalizar el año.

DURACIÓN  
Abril 2018 a Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ALBERTO ROYO VILLA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON  
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

JUSTE SERAL MAR  
MOROS MELUS MARIA JESUS  
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO  
TABUENCA FERRER LUIS  
YUSTE PINEDA JAVIER MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### INTERVENCIONES:

1. Creación en OMI de agendas para citar espirometrías.
2. Revisión sistemática en OMI, a través del listado de cartera del servicio 307 y del cuadro de mandos de acuerdos de gestión, de los pacientes con registro EPOC (R95), para detectar:
  - La existencia de una espirometría en los últimos 2 años, y si no existe, indicar su realización.
  - El seguimiento semestral del protocolo de Planes Personales-307-EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN y su registro completo, citando al paciente en consulta si es preciso.
  - El tratamiento indicado en cada caso, y si no se corresponde con las indicaciones de las últimas guías terapéuticas, citar al paciente en consulta para su valoración y eventual cambio de tratamiento.
3. Detección en consulta de medicina y/o enfermería de la población fumadora entre 40-80 años mediante el registro del protocolo de Planes Personales-304-PREVENCIÓN ENF. CARDIOVASC.-HÁBITOS TÓXICOS.
4. Screening mediante el medidor portátil COPD-6 de posibles casos EPOC no diagnosticados en la población fumadora, que posteriormente se confirmaran por medio de una espirometría. Utilizando para ello la consulta a demanda y/o programada.
5. En caso de no existir el episodio TABACO, creación del episodio P17-TABACO y cumplimentación del protocolo de Planes Personales-319-TABACO, incluyendo la intervención sobre tabaquismo más adecuada en cada caso.

##### ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE 2018:

La organización del proyecto comenzó en el mes de enero, cuando se propuso la idea de realizar un proyecto sobre la mejora en el diagnóstico y seguimiento del paciente EPOC. Se realizó una primera sesión formativa para todos los miembros del EAP el día 5 de febrero de 2018, a cargo del coordinador del centro, repasando los conceptos básicos para la interpretación de una espirometría. Así como una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC. Por otro lado, la coordinadora de enfermería dio una segunda charla a cerca del uso y manejo de inhaladores. El día 12 de noviembre de 2018 se realizó una segunda sesión, a cargo del responsable del proyecto de calidad, sobre los criterios diagnósticos, clasificación y tratamiento en el paciente EPOC. También se repasó prevalencia EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo. En dicha reunión se recomendó que cada médico realizara una identificación, fuera de consulta, a través del Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tuvieran un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco, registrándose con un flash en OMI, aprovechando la consulta a demanda para rellenar dicho registro. Utilizando los datos facilitados por dirección médica de Atención Primaria del sector Calatayud se realizó una identificación de los nuevos pacientes EPOC, para ello se estudiaron las personas fumadoras con una edad comprendida entre 40-80 años, independientemente de su índice tabáquico. Los pacientes fueron citados en consulta de enfermería, realizando una espirometría a aquellos pacientes que tuvieran un COPD-6 con un FEV1/FEV6 < 80%. También se aconsejó una revisión del tratamiento de los pacientes EPOC, para una mayor optimización del mismo, de acuerdo a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017, así como una derivación a la consulta de enfermería para comprobar la correcta utilización de los mismos. El día 10 de diciembre de 2018 se realizó una tercera sesión, a cargo de la coordinadora de enfermería, para explicar el grado de mejora en el uso de inhaladores, tras evaluar su manejo en consulta y corregir posibles errores. Por otro lado, el responsable del proyecto repasó los resultados provisionales de los diferentes indicadores obtenidos hasta la fecha. El día 18 de febrero de 2019 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales a fecha 31/12/2018.

##### ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE 2019:

Se realizó una primera sesión el día 23 de septiembre de 2019 con el título "Educación para la salud sobre inhaladores en la consulta de enfermería" como recordatorio para todos los miembros del EAP, a cargo de la coordinadora de enfermería. Así como una revisión de los objetivos, indicadores y cartera de servicios del paciente EPOC por parte del responsable del proyecto. Por otro lado, el día 3 de octubre de 2019 se realizó una segunda sesión formativa para repasar conceptos básicos en la interpretación de espirometrías, a cargo del responsable del proyecto. Finalmente, el día 3 de febrero de 2020 se realizó una última sesión en la que se presentaron los resultados finales del proyecto a fecha 31/12/19.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

##### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados a fecha 31 de diciembre de 2019, según el cuadro de mandos, son los siguientes: La prevalencia EPOC ha pasado de un 4,01% a un 5,44% en 2018 y 6,31% en 2019, respectivamente. Alcanzado el objetivo marcado para este proyecto, con una prevalencia del 5,83%-9,72%. Se han objetivado diferencias entre los diferentes CIAS, alcanzando 4 de ellos el estándar establecido, con un rango entre el 6,10%-9,14%, aunque cabe destacar que todos los profesionales del equipo aumentaron sus prevalencias con respecto a 2017. El resultado global se encuentra muy por encima de la prevalencia registrada en el sector Calatayud y en Aragón, con un 3,99% y 2,66% respectivamente, lo que supone una diferencia en la detección de la prevalencia EPOC de un 36,77% y 57,85%, con respecto al sector y nuestra CCAA.

Se han realizado 90 espirometrías a un total de 117 pacientes EPOC, lo que supone un 76,92% de los pacientes EPOC con una espirometría realizada en los últimos 2 años. Resultado similar al obtenido en 2018 (78,43%), no pudiendo alcanzar el objetivo marcado inicialmente para este proyecto (>80%). El 23,07% de los sujetos no dispusieron de una espirometría. Los motivos para su no realización se detallan a continuación: causa desconocida/no realizados 37,03%, edad 14,81%, procesos neurodegenerativos 11,11%, patología cardiovascular 3,70%, falta de colaboración 7,40%, incomparecencia 14,81%, error en el diagnóstico (pacientes no EPOC) 7,40%, otras patologías 3,70%.

Con respecto al indicador EPOC-síntomas hemos pasado de un 69,35% a un 91,76% en 2018 y 88,54% en 2019, respectivamente. Todos los miembros del EAP han aumentado su registro, aunque 2 CIAS no alcanzaron el objetivo marcado (>60%). Estos datos suponen un 49,64% más de registro que el sector Calatayud, y un 75,08% más que Aragón en su conjunto. Indicador en el que tan solo se han registrado un 22,07% de los pacientes en nuestra CCAA.

En el indicador EPOC-PC-ADULTO SEGUIMIENTO COMÚN se han alcanzado los siguientes resultados: fenotipo 66,66%, escala GOLD 61,53%, índice BODEx 44,44%, test CAT 44,44%, disnea Mmrc 77,77%, tos 88,17% y expectoración 88,17%. Objetivándose una gran variabilidad en el registro entre los diferentes CIAS.

Con respecto al fenotipo EPOC un 64,10% de los pacientes eran fenotipo A, un 21,79% fenotipo B, un 2,56% fenotipo C y el 11,53% fenotipo D. En la escala GOLD un 23,61% de los pacientes presentan un grado I de obstrucción al flujo aéreo, un 58,33% un grado II, un 13,88% un grado III y el 4,16% un grado IV. Al describir el índice BODEx nos encontramos con un 80,70% de casos leves (0-2), un 11,53% de casos moderados (3-4), un 1,92% de casos graves (5-6) y un 1,92% de casos muy graves (7-9). El 12,09% de nuestros pacientes no presentaba disnea. El 87,91% restante presentaba algún grado de disnea según la escala Mmrc, un 48,86% un grado I, un 31,81% un grado II, un 5,68% un grado III y el 1,13% un grado IV. Por último, con respecto a los síntomas tos y expectoración se objetivó que un 71,56% de los pacientes presentaban tos y un 57,84% expectoración crónica.

Se ha realizado una revisión del tratamiento en los pacientes EPOC, objetivándose una aceptable adecuación de los mismos a las guías GOLD 2018/GesEPOC 2017. Así, un 76,92% de los pacientes siguen un tratamiento correcto, mientras que el 23,07% se podrían considerar infratratados. El 54,68% de los pacientes realizaba algún tipo de seguimiento por el especialista (neumología, alergología), de los cuales un 4,68% no tomaba ningún tipo de tratamiento, el 33,33% de ellos por causa no conocida, el resto, un 66,66% porque el paciente lo rechazaba o se había retirado. El 45,28% de los pacientes en seguimiento por AP no tomaba ningún tipo de tratamiento, por causa desconocida en un 79,16% de los casos, mientras que en el 12,50% restante el paciente no los tomaba de forma voluntaria o evitaba acudir a la consulta para iniciar tratamiento. En 2 casos, un 8,33% de los pacientes, no recibieron tratamiento por error diagnóstico, al no tratarse de pacientes EPOC.

Se han realizado 191 COPD-6 a un total de 264 pacientes fumadores (40-80 años), lo que supone un screening del 72,34% de la población fumadora, con un rango entre los diferentes CIAS muy variable (31,57%-87,17%). Por tanto, no se realizó un COPD-6 a 73 pacientes (27,65%), dentro de las posibles causas para su no realización nos encontramos: incomparecencia 16,43%, negativa del paciente 20,54%, falta de colaboración 1,36%, no localizables 6,84%, no realizados 2,73% y causa desconocida 52,05%. Al tratarse de una nueva técnica y carecer por el momento de medidores, no nos propusimos objetivos específicos, solamente registrar el % de mediciones realizadas.

Por último, con respecto al registro del indicador detección-TABACO, hemos pasado de un 68,70% a un 78,37% en 2018 y 79,11% en 2019. Todos los miembros del equipo, a excepción de uno de los CIAS, han superado el 70%, aunque se ha aumentado su registro hasta un 63,67%. Estos resultados suponen una diferencia en la detección-TABACO de un 28,43% y 47,98%, con respecto al sector y nuestra CCAA. En el indicador intervención-TABACO se ha aumentado de un 84,14% a un 91,10% en 2018 y un 92,84% en 2019, respectivamente, muy por encima del límite marcado (estándar: 50-70%), objetivándose un 20,34% más de intervenciones breves que en el sector Calatayud, y un 30,95% más que en Aragón.

##### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

###### CONCLUSIONES:

- Se ha alcanzado una prevalencia EPOC del 6,31%, aumentando en un 63,54% nuestra prevalencia en 2 años.
- Se ha realizado una espirometría en los últimos 2 años al 76,92% de los pacientes EPOC y a un 91,45% del total si se tienen en cuenta aquellos pacientes que presentan una contraindicación absoluta o relativa para su realización.
- Se ha registrado un 91,76% y 88,54% de síntomas respiratorios en 2018 y 2019, respectivamente.
- Se ha realizado un screening al 72,34% de la población fumadora (40-80 años), ofertándose a un 82,95% del total de la población.
- Se ha registrado un 91,10% y 92,84% de intervenciones sobre tabaquismo en 2018 y 2019, respectivamente.

###### RECOMENDACIONES:

La detección de pacientes EPOC precisa de una búsqueda activa en consulta, ya que existe un gran

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

infradiagnóstico de la enfermedad. El uso de dispositivos portátiles tipo COPD-6 facilita esta tarea, siendo muy útiles en el screening de la población fumadora. Por otro lado, sería muy importante disponer de un segundo espirometro en la zona de Nuévalos para poder confirmar estos diagnósticos, dada la gran dispersión demográfica en nuestra ZBS.

#### 7. OBSERVACIONES.

Cabe destacar que los medidores portátiles COPD-6 no estuvieron disponibles hasta el mes de septiembre de 2018. Tampoco se pudo utilizar el espirometro desde el mes de septiembre hasta finales de noviembre de ese mismo año, debido a problemas técnicos. Dificultando temporalmente la realización de este proyecto en 2018. En la actualidad se dispone de 4 dispositivos COPD-6, de los 2 dispositivos con los que se inicio el proyecto en 2018, lo cual ha facilitado el screening de la población fumadora en 2019. Por último, La incorporación de 3 médicos nuevos a la plantilla en el mes de octubre de 2019, como consecuencia del concurso-oposición, ha podido influir en el resultado final de algunos de los indicadores.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/573 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0573

Título  
ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGON

Autores:  
ROYO VILLA ALBERTO, JUSTE SERAL MARIA MAR, ABAD TUDELA CORO, SORIANO BANZO FERNANDO, RODRIGUEZ MUELA TERESA, TABUENCA FERRER LUIS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

La prevalencia de EPOC en nuestra ZBS es 4,01%. Consideramos que existe infradiagnóstico y este proyecto pretende mejorarlo. El proyecto original tenía 10.7032 caracteres y ha sido necesario acortarlo

#### RESULTADOS ESPERADOS

Resultados:

- 1Aumentar el registro de prevalencia de EPOC
- 2Espirometría bianual en pacientes EPOC
- 3Aumentar el registro OMI de síntomas respiratorios
- 4Registrar en OMI el seguimiento de EPOC: fenotipo, escala GOLD, índice BODEx, test COPD (CAT) y otros
- 5Adecuar el tratamiento de cada caso de EPOC a las guías actuales
- 6Aumentar el registro de fumadores a los que se les ha realizado una espirometría COPD6 y una intervención en tabaquismo

Población diana: personas fumadoras y pacientes EPOC>40 y <80 años.

Intervenciones:

- 1Creación en OMI de agendas de espirometrías
- 2Detección en pacientes EPOC de espirometría en los 2 últimos años.Si no existe,realizar.
- 3Seguimiento semestral del paciente EPOC y su registro
- 4Comprobación de tratamiento farmacológico adecuado
- 5Detección en consulta médica y de enfermería de la población fumadora entre 40-80 años, registrar y mediante el espirometro portátil COPD6 detectar posibles casos EPOC no diagnosticados a confirmar con espirometría

#### MÉTODO

1Sesión informativa a cargo del responsable del proyecto, en el momento de implantación del proyecto, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP, para repasar prevalencia de EPOC y estándares de calidad, tanto en el registro de síntomas respiratorios, como en intervención sobre tabaquismo, según el propio AG2018

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0573

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALHAMA DE ARAGÓN

2Al menos 2 sesiones formativas a cargo del responsable del proyecto/colaborador, dirigida a los MAP y MAC de nuestro EAP. La primera para realizar una revisión de la cartera de servicios del paciente EPOC, y la segunda para repasar los criterios diagnósticos de EPOC, clasificación y tratamiento

3Identificación durante todo el año 2018, fuera de consulta, utilizando el Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión, de los pacientes EPOC que no tengan un registro de síntomas respiratorios y/o intervención de tabaco. Se registrará este hecho con un FLASH en OMI. Se aprovechará la consulta para rellenar dicho registro. Si no se pudiera realizar durante la consulta a demanda, por presión asistencial o cualquier otro motivo, se podría realizar una consulta programada

4Identificación durante todo el año 2018 de nuevos pacientes EPOC, fuera de consulta, utilizando los datos extraídos de OMI-AP, para ello se estudiarán las personas fumadoras que tengan una edad comprendida entre 40-80 años, cualquiera que sea su índice tabáquico. El registro será similar al punto 3

5Utilización del medidor portátil COPD6 para descartar EPOC en pacientes fumadores

6Citación en consulta de enfermería de los pacientes fumadores, potencialmente EPOC, con una FEV1<80 según el medidor portátil COPD6, para la realización de una espirometría que nos permita confirmar el diagnóstico

7Optimización del tratamiento. Se adecuará el tratamiento de cada caso EPOC a las guías actuales (GOLD 2018/GesEPOC 2017). Los pacientes EPOC se remitirán a la consulta de enfermería para la realización de un cuestionario sobre conocimientos en el uso de inhaladores y una comprobación del uso de los distintos dispositivos, como actividad de educación para la salud

8Reuniones cuatrimestrales de los MAP del EAP, para seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos en los distintos indicadores hasta la fecha

#### INDICADORES

Fuente de datos

- 1Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión del EAP
- 2Cuadro de Mandos del Acuerdo de Gestión de cada uno de los CIAS.
- 3Listados del Servicio 307-EPOC
- 4Registros individuales de OMI
- 5Extracciones de datos de OMI

Indicadores y estándar:

1:Razón entre la prevalencia de EPOC registrada y la prevalencia estimada en función del estudio EPISCAN.

Objetivo: >0,6, límite superior: 1, límite inferior: 0,6

2:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC que tienen registrada al menos una espirometría en los últimos 2 años que confirme un FEV1/FVC<70%, tras descontar aquellos pacientes con contraindicaciones absolutas o relativas para su realización. Objetivo: >80 %, límite superior: 100%, límite inferior: 80%

3:Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

4:Porcentaje de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha realizado una medición COPD6. Al ser una nueva técnica y carecer por el momento de los medidores, no nos proponemos objetivos específicos a cumplir, solamente registrar el porcentaje de mediciones realizadas

5:Porcentaje de pacientes con EPOC y fumadores a los que se ha realizado una intervención en tabaquismo. Objetivo: >60%, límite superior: 70%, límite inferior: 50%

#### DURACIÓN

Abril 2018 a Diciembre 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

### 1. TÍTULO

#### YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARTA COMPES DEA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALHAMA DE ARAGON  
· Localidad ..... ALHAMA DE ARAGON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL  
FUNES NAVARRO EMMANUEL  
PARDO HERNANDEZ PILAR  
CLAVERO CHUECA DIANA  
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA  
ROYO VILA ALBERTO  
PEREZ CABALLERO SANCHEZ TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

RESUMEN DEL PROYECTO.CRONOGRAMA.

SEPTIEMBRE 2018. Reunión del grupo de mejora de Atención Comunitaria. Hablamos sobre los proyectos realizados y nuevas aportaciones. Se decide comenzar el trabajo comunitario en los centros educativos de la ZBS. Nos repartimos el trabajo de conocimiento de los centros y lo ponemos en común a través del correo electrónico.

CEIP Pablo Luna de Alhama de Aragón . El colegio Pablo Luna es Escuela promotora de salud. Están desarrollando el proyecto Contamos todos, sobre igualdad. También participan en el programa Plan de consumo de fruta en las escuelas.

CRA Mesa, Piedra, Alto Campillo. Tiene 8 aulas repartidas por las localidades de Ibdes, Nuévalos y Jaraba. Reciben alumnos, de los pueblos más despoblados, Llumés, Cimballa, Abanto, Monterde y Campillo de Aragón. A final de curso realizan una semana dedicada a la salud, realizan desayunos saludables donde colaboran las familias, los ayuntamientos y los comercios locales. También participan en el programa Plan de consumo de fruta en las escuelas. Tienen una escuela de familias, han trabajado los temas: resolución de conflictos dentro y fuera del centro educativo y taller del juego.

CRA Puerta de Aragón. Compuesto por las localidades de Ariza ( fuera de nuestra ZBS) y Cetina ( Perteneciente a nuestra ZBS) Participan en el programa Plan de consumo de fruta en las escuelas. Tienen un proyecto que se llama Por un Cole mejor con los siguientes objetivos: favorecer las relaciones entre alumnos de diferentes edades, mejorar la convivencia, capacitar a los alumnos para la resolución de conflictos sin violencia, formar en cuidado, limpieza y reciclaje.

OCTUBRE 2018. Nos ponemos en contacto con los centros a través de correo electrónico y llamadas, enviamos la carta de presentación de la estrategia comunitaria para dar a conocer nuestro servicio. Concretamos una entrevista con el director del colegio de Alhama de Aragón. Durante la misma valoramos las necesidades y posibles apoyos que podemos aportar para la consecución de los objetivos que aparecen en sus PGA de centro elaboradas al principio de curso. Tras esta tarea de reflexión decidimos elaborar el proyecto Yo me cuido.

Durante los meses de noviembre y diciembre dimos forma a las diferentes dinámicas, adaptándolas a las particularidades de cada centro educativo( número de alumnos, dificultades, problemas y características). Nos informaron sobre el número de alumnos por ciclo, clase, total de cada centro y número de familias. A partir de enero nos pusimos en contacto con los centros y con el SARES para preparar los materiales y recursos. Durante los siguientes meses fuimos elaborando las dinámicas a realizar en cada centro, ajustándolas según las características, y presentándolas a los centros educativos en las fechas previstas. Fueron las siguientes:( Las dinámicas son muy similares, solo reflejamos los cambios)

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

FECHA: 24 DE ABRIL DE 2019.

HORA: 12,30-14,00.

POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE 1º, 2º Y 3º DE INFANTIL.

LUGAR: C.E.I.P. PABLO LUNA DE ALHAMA DE ARAGÓN.

1º. PRESENTACIÓN DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA, DE LA ACTIVIDAD, DE LOS AGENTES Y DE LOS PARTICIPANTES.AGENTES: EMMANUEL Y MARTA.

2º. CUENTACUENTOS DR GUAU. POWER POINT. Lectura del texto mientras pasan las diapositivas.

3º. REFLEXIÓN- EVALUACIÓN PARTICIPATIVA. Mediante un póster con el título YO ME CUIDO. Los alumnos deberán escribir en un folio una frase, palabra, rima o dibujo sobre algún conocimiento que hayan adquirido del Dr. Guau. Sus expresiones las colocaremos sobre el póster que exhibiremos en el colegio durante el periodo lectivo y en el verano quedará colocado en el centro de salud de Alhama.

4º EVALUACIÓN. PARTE METEOROLÓGICO. RESPONDERÁN A LA SIGUIENTE PREGUNTA.

¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa?.

Dibujarán:

un sol si la respuesta es positiva.Un sol con nubes si no lo saben o no están seguros.

Una tormenta si la respuesta es negativa.

5º. ENTREGA DE LA GUÍA NAOS PARA LAS FAMILIAS. QUEDARÁ PENDIENTE DE ENTREGAR EL FOLLETO COME BIEN, VIVIRÁS MEJOR PARA NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS.

6º. POSTERIOR TRABAJO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y DEL EQUIPO DOCENTE.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

### 1. TÍTULO

#### YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

FECHA: 15 de mayo de 2019  
HORA: 10,00 a 11,30  
POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE INFANTIL 1º, 2º Y 3º.  
LUGAR: C.R.A. PUERTA DE ARAGÓN. CETINA.  
AGENTES: Rosa y Marta.  
EVALUACIÓN. Modificación del parte meteorológico por la valoración del equipo educativo del CEIP de Alhama. Cambiamos por emoticonos.  
Responderán a la siguiente pregunta: ¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa? Cara sonriente si la respuesta es positiva. Cara neutra si la respuesta es no sabe, no contesta. Cara triste si la respuesta es negativa.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".  
FECHA: 15 de mayo de 2019.  
HORA: 12,30 A 14,00.  
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria.  
LUGAR: C.E.I.P. PABLO LUNA DE ALHAMA DE ARAGÓN.  
AGENTES: Diana y Marta.  
2º. TRABAJO SOBRE LA PIRÁMIDE NAOS.  
Haremos grupos de aproximadamente 6 alumnos, 2 de primero, 2 de segundo y 2 de tercero.  
GRUPO 1: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que toman para desayunar.  
GRUPO 2: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que consumen para comer.  
GRUPO 3: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que consumen para cenar.  
GRUPO 4: durante 5 minutos harán un listado de alimentos que consumen para almorzar y merendar.  
GRUPO 5: durante 5 minutos harán un listado de actividades que realizan a lo largo del día y durante el fin de semana . Ej. leer, estudiar, deporte, videojuegos, tv, senderismo, música...  
Sobre la pirámide en blanco colocarán las actividades que realizan y los alimentos que consumen.  
JUEGO INTERACTIVO DE LA PIRÁMIDE NAOS. Preguntar a cada grupo de forma ordenada sobre dónde colocarían los iconos que aparecen a la derecha. Leer solo el resumen de la explicación, adecuada a su lenguaje y tratando de evitar que se alargue la actividad. Hay 12 grupos de alimentos y 9 actividades.  
3º DEJAR UN POSTER DE LA PIRÁMIDE EN EL COLEGIO HASTA FINAL DE CURSO. Compararemos la pirámide real con la ideal. Valorar aspectos que podemos cambiar para mejorar.  
4º Cada grupo creará un lema o una rima sobre lo que han aprendido. Utilizando los alimentos y actividades de la pirámide. Uno de cada columna ( una actividad y un grupo de alimentos).ej. Todos los días subo las escaleras del colegio varias veces y solo una vez a la semana como chucherías.  
5º ENTREGA DEL FOLLETO. Come bien, vivirás mejor. Para niños de 6 a 12 años. ( Llevar 30 unidades.) Recordar el cuadernillo entregado a las familias de la estrategia naos, si lo han trabajado en familia.  
6ª VALORACIÓN. PARTE METEOROLÓGICO.  
7ª. POSTERIOR TRABAJO DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y DEL EQUIPO DOCENTE.

Dinámica 2: pirámide NAOS. " Come sano y muévete".  
FECHA: 21 de mayo de 2019  
HORA: 10,00 a 11,30  
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria.  
LUGAR: COLEGIO PÚBLICO DE CETINA. CRA.  
Agentes: Mar y Marta.

DINÁMICA 3: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete". Avanzo un paso más: la importancia de la higiene.  
FECHA: 31 de mayo de 2019  
HORA: 10,00 a 11,30  
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 4º, 5º y 6º de educación primaria.  
LUGAR: C.R.A. CETINA  
AGENTES: Rosa y Marta.

PRESENTACIÓN SOBRE LA HIGIENE PERSONAL. Después colocarán sobre la pirámide Naos las normas de higiene que han aprendido: DUCHA, LAVADO DE DIENTES, LAVADO DE CABELLO, ROPA INTERIOR Y CALCETINES, HIGIENE DEL CABELLO, HIGIENE DE OÍDOS, CORTE DE PELO, AFEITADO, DEPILACIÓN, PEINADO, USO DE PERFUME O COLONIA, DESODORANTE, CORTE DE UÑAS. Cada grupo creará un lema o una rima sobre lo que han aprendido. Utilizando los alimentos y actividades de la pirámide. Uno de cada columna ( una actividad y un grupo de alimentos). Añadiendo algún consejo sobre higiene personal. ej. Todos los días subo las escaleras del colegio varias veces, solo una vez a la semana como chucherías y una ducha me sienta genial para terminar la jornada.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.  
FECHA: 17 junio 2019  
HORA: 9,30-11,00  
POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE 1º, 2º y 3º DE INFANTIL. ALUMNOS DE 1º Y 2º DE PRIMARIA  
LUGAR: C.R.A. IBDES. Agentes Silvia y Marta.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".  
FECHA: 17 de junio de 2019.  
HORA: 11,00 A 12,30  
POBLACIÓN DIANA: alumnos de 3º, 4º, 5º y 6º de educación primaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

### 1. TÍTULO

#### YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

LUGAR: C.R.A. IBDES. Agentes Teresa y Marta.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

FECHA: 18 junio 2019

HORA: 9,30-10,30

POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE 1º, 2º y 3º DE INFANTIL.

LUGAR: C.R.A. JARABA. Agentes Teresa y Marta.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".

FECHA: 18 de junio de 2019.

HORA: 10,30 A 11,30

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria,

LUGAR: C.R.A. JARABA. Agentes Alberto y Marta.

DINÁMICA 3: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete". Avanzo un paso más: la importancia de la higiene.

FECHA: 18 de junio 2019

HORA: 12 a 13

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 4º, 5º y 6º de educación primaria.

LUGAR: C.R.A. JARABA. Agentes Teresa y Marta.

DINÁMICA 1: DOCTOR GUAU- CUENTACUENTOS.

FECHA: 19 junio 2019

HORA: 9,30-10,30

POBLACIÓN DIANA: ALUMNOS DE INFANTIL 1º, 2º y 3º.

LUGAR: C.R.A. NUÉVALOS. Agente Marta. El resto de los agentes de la zona, Teresa, Pilar y Alberto no pueden participar puesto que asisten a las jornadas de Calidad celebradas en Teruel. Agradecemos la disponibilidad del equipo docente de Nuévalos para llevar a cabo la actividad.

DINÁMICA 2: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete".

FECHA: 19 de junio de 2019.

HORA: 10,30 A 11,30

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 1º, 2º y 3º de educación primaria.

LUGAR: C.R.A. NUÉVALOS

DINÁMICA 3: PIRÁMIDE NAOS. " Come sano y muévete". Avanzo un paso más: la importancia de la higiene.

FECHA: 19 de junio 2019

HORA: 12 a 13

POBLACIÓN DIANA: alumnos de 4º, 5º y 6º de educación primaria.

LUGAR: C.R.A. NUÉVALOS

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizamos las evaluaciones del equipo de atención comunitaria, resumiendo:

La educación en autocuidados es básica en las primeras etapas de la vida.

Durante las dinámicas reforzamos conocimientos y habilidades sobre ejercicio, alimentación, higiene y relaciones sociales ( bienestar físico, psíquico y social). Y conectamos al centro de salud con el centro educativo y las familias, unificando un objetivo común, la promoción de la salud.

Los alumnos tienen conocimientos sobre los hábitos saludables pero hay que reforzarlos para que los pongan en práctica.

Analizamos las evaluaciones de los centros educativos:

Los contenidos de las dinámicas son adecuados para el alumnado excepto para los niños de primero de educación infantil. Hay conceptos que no entendieron bien.

Las actividades son motivadoras.

Los recursos humanos y materiales fueron suficientes.

Ha habido coordinación entre el equipo docente y el equipo de atención comunitaria durante todo el proceso de desarrollo del proyecto.

Expresaron que les gustaría seguir manteniendo una línea de cooperación entre el centro de salud y los centros educativos.

#### Indicadores.

Indicador 1: Conseguido.93,3%

Definición: Número de sesiones impartidas en los centros educativos.

Fórmula: número de sesiones impartidas en los centros educativos/número de sesiones máximas posibles.( 3\*5= 15) x 100

Valor a alcanzar: mínimo 33% y máximo 100%

14 sesiones de 15 ofertadas. El único grupo que no participó en el proyecto fue 5º y 6º de primaria de Alhama por no cuadrar calendarios, el director expresó la necesidad de tiempo para cumplir con el programa educativo, ya que es el último ciclo de educación primaria.

Indicador 2: Conseguido 100%

Definición: Número de centros de educación infantil y primaria de nuestra Zona Básica de Salud que han recibido la actividad.

Fórmula: número de CEIP en los que se ha impartido la actividad/número total de CEIP de nuestra ZBS \*100

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

### 1. TÍTULO

#### YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Valor a alcanzar: mínimo 60% y máximo 100%. Actividad realizada en todos los centros de nuestra zona básica de salud: Alhama, Cetina, Jaraba, Ibdes y Nuévalos.

Indicador 3: Conseguido. 84% soles, 10,3% nubes y 4,8% de tormentas. Cambiando por emoticonos en educación infantil para facilitar la valoración.

Definición: Porcentaje de satisfacción de los participantes, que se medirá mediante una dinámica de grupo llamada parte meteorológico. Cada participante responderá a la siguiente pregunta con un pictograma.

Sol, si la respuesta es positiva. Nubes sin lluvia o con sol, si la respuesta no es ni positiva ni negativa. Nubes con tormenta y lluvia, si la respuesta es negativa.

¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa?

Fórmula:

número de soles/número de participantes \*100

número de nubes/ número de participantes \*100

número de tormenta/ número de participantes \*100

Valor a alcanzar: 50% de soles.

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración y el trabajo realizado junto con los centros educativos ha sido muy positivo, hemos visto que en los colegios rurales hay recursos personales y materiales adecuados para llevar a cabo proyectos comunitarios. Los equipos docentes han mostrado su satisfacción y motivación por la promoción de la salud. Seguiremos trabajando con los centros educativos.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1268 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1268

Título

YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Autores:

COMPES DEA MARTA, JUDEZ JOVEN ROSA ISABEL, FUNES NAVARRO EMMANUEL, PARDO HERNANDEZ PILAR, PEREZ-CABALLERO SANCHEZ TERESA, CLAVERO CHUECA DIANA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ROYO VILLA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALHAMA DE ARAGON

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

Una persona sana es la que goza de un bienestar general, físico, psíquico y social y es en la infancia donde se van modelando las conductas que dañan o benefician la salud, concepto que actualmente se conoce como "estilo de vida saludable". Educar a los niños y niñas en hábitos saludables desde temprana edad, es la medida preventiva más eficaz para mejorar la condición de salud a lo largo de toda la vida del individuo. Para introducir nuevos valores y que los niños y niñas adquieran hábitos saludables duraderos que influyan en su bienestar y calidad de vida será conveniente que toda la comunidad tanto educativa, sanitaria como familiar aúnen esfuerzos en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Dotar de conocimientos y habilidades básicas sobre los cuidados de la salud a los alumnos de los centros educativos de nuestra zona básica de Salud. 2. Implicar a los centros de educación y a las familias en la formación y adquisición de hábitos saludables.

3. Acercar el trabajo de prevención y promoción de la salud que se realiza en nuestro equipo de atención primaria a los miembros de la comunidad educativa de nuestra zona.

MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268

### 1. TÍTULO

#### YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

Los encargados del proyecto nos acercaremos a los centros educativos para informar sobre el proyecto y la organización del mismo.

Haremos actividades lúdicas- formativas a cerca de los cuidados de la salud según grupos de edad.

-Educación Infantil. Alumnos de 1º, 2º y 3º. Cuenta cuentos. El doctor Guau. -Educación Primaria: alumnos de 1º, 2º y 3º. Dinámica sobre la pirámide de los alimentos.

- Educación Primaria: alumnos de 4º, 5º y 6º. Elaboración de una planificación de actividades semanales sobre alimentación, higiene, ejercicio físico, descanso y ocio.

Serán grupos de máximo 30 alumnos.

Ofertaremos a todos los centros las 3 actividades, ellos elegirán, una, dos o las tres dependiendo de las características particulares de los centros. Debemos recordar que el centro escolar con más alumnos es el de Alhama de Aragón, referente para la propuesta y organización del proyecto.

Estas dinámicas se llevarán a cabo durante el tercer trimestre del curso escolar 2018-2019. Al finalizar los talleres con los grupos elaboraremos un díptico dirigido a las familias, para dar a conocer nuestra actividad y que continúen con la formación en hábitos saludables desde el hogar ya que los niños aprenden lo que viven.

También entregaremos documentación:

- La guía Come sano y muévete: 12 decisiones saludables, que forma parte de la estrategia NAOS, que es un programa desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, para promocionar una alimentación saludable, la práctica habitual de actividad física y deporte, y prevenir la obesidad, especialmente entre niños y jóvenes. Una Guía por familia.

- Folletos del programa Come bien, vivirás mejor. A cada participante según grupos de edades. De 3 a 5 años. De 6 a 12 años.

#### INDICADORES

Indicador N° 1:

Definición: Número de sesiones impartidas en los centros educativos.

Fórmula: número de sesiones impartidas en los centros educativos/número de sesiones máximas posibles. ( 3\*5= 15) x 100

Valor a alcanzar: mínimo 33% y máximo 100%

Indicador N° 2:

Definición: Número de centros de educación infantil y primaria de nuestra Zona Básica de Salud que han recibido la actividad.

Fórmula: número de CEIP en los que se ha impartido la actividad/número total de CEIP de nuestra ZBS \*100

Valor a alcanzar: mínimo 60% y máximo 100%.

Indicador N° 3.

Definición: Porcentaje de satisfacción de los participantes, que se medirá mediante una dinámica de grupo llamada parte meteorológico. Cada participante responderá a la siguiente pregunta con un pictograma.

Sol, si la respuesta es positiva.

Nubes sin lluvia o con sol, si la respuesta no es ni positiva ni negativa.

Nubes con tormenta y lluvia, si la respuesta es negativa.

¿ Hemos adquirido conocimientos y habilidades para nuestros cuidados de una forma divertida y participativa?

Fórmula:

número de soles/número de participantes \*100

número de nubes/ número de participantes \*100

número de tormenta/ número de participantes \*100

Valor a alcanzar: 50% de soles.

#### DURACIÓN

1. Meses de abril, mayo y junio de 2019. Las fechas de las actividades se concretarán con cada centro educativo.

#### OBSERVACIONES

1. Nuestro proyecto va destinado a alumnos de educación primaria que continúan la educación secundaria en Ateca, en el IES " Zaurín". Diana, la pediatra, trabaja en los centros de salud de Ariza, Alhama y Ateca. Forma parte del equipo de atención comunitaria de Alhama y Ateca. Es el momento de formar redes a través de ella para dar continuidad a esta iniciativa, ya que en Ateca llevan trabajando varios años con el IES sobre la misma temática.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1268**

**1. TÍTULO**

**YO ME CUIDO. PROMOCION DE HABITOS SALUDABLES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS**

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1469

### 1. TÍTULO

#### ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARLOS BAUTISTA LOPEZ MARTIN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ARIZA  
· Localidad ..... ARIZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MOLERO TIRADO MARIA JOSE  
BENDICHO ROJO CESAR  
ROIG BARTOLOME ISRAEL  
JILAVEANU CORINA MARIA  
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA  
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
FECHA INICIO: 01/01/2019. FECHA FIN: 11/11/2019

- 1.- APERTURA DE AGENDAS: SALAS/ESPIROMETRÍAS JUEVES A LAS 10:00H, TAMBIÉN DIRECTAMENTE PROGRAMANDO CON EL RESPONSABLE. (TENER EN CUENTA: DURACIÓN DE LA PRUEBA: 40 MINUTOS Y QUE SOLO HAY UNA BOQUILLA DE ESPIRÓMETRO Y HAY QUE ESTERILIZARLA (SOLUCIÓN DE GLUTARALDEHIDO)).
- 2.- CITACIONES DESDE ADMISIÓN: DONDE SE LES ENTREGA HOJA DE PREPARACIÓN DE ESPIROMETRÍA( PLANTILLA O.M.I.). Y DESDE CUALQUIER PROFESIONAL MÉDICO/ENFERMERÍA.
- 3.- HOJA INTERCONSULTA CON D.G.P.: PESO,TALLA, PERÍMETRO ABDOMINAL,TART,FC,SAT O2, GB, FECHA. SE APROVECHA VISITA PARA CUMPLIMENTACIÓN DE PLANES PERSONALES QUE FALTAN, YA QUE LA MAYORÍA SON PACIENTES CRÓNICOS.
- 4.- REGISTRO EN O.M.I.: SE HACE CONSTAR ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: ESPIROMETRÍA, ECG, TOMA DE CONSTANTES,REVISIÓN CALENDARIO VACUNAL,...
- 5.- CREACIÓN ARCHIVADOR: EXÁMENES ESPIROMÉTRICOS PARA EVALUACIONES POSTERIORES.
- 6.- PREPARACIÓN DOSSIER QUE SE ENTREGA EN CASILLERO DE CADA MÉDICO DE CABECERA: CONSTA DE FOTOCOPIA DE ESPIROMETRÍA INFORMADA (RESALTANDO PUNTOS CLAVE, PARA GUARDAR EN HISTORIA DE PAPEL Ó PARA DERIVACIÓN POSTERIOR SI PROCEDE, + VOLANTE DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO E.C.G. (SACADO A TRAVÉS DE PLANES PERSONALES Ó DEL MARTILLO):E.C.G. REALIZADO CON TODAS LAS CONSTANTES ANTERIORES TOMADAS PARA CUMPLIMENTACION DE PLANES PERSONALES E INFORMES CORRESPONDIENTES.
- 7.- REGISTRO EN O.M.I. DE INFORME ESPIROMETRÍAS REALIZADAS EN O.M.I. A.P. PARA CUMPLIMENTACIÓN OBJETIVOS A.G.C.
- 8.- REALIZACIÓN DE 3 SESIONES FORMATIVAS CON LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO (MÉDICOS Y ENFERMERÍA).  
A) INTERPRETACION DE CURVAS Y RESULTADOS.  
B) REGISTRO INFORME DE ESPIROMETRIA EN O.M.I. Y MANEJO DE BASE DE DATOS DE ESPIROMETRO.  
C) TALLER PRÁCTICO REALIZACION DE ESPIROMETRÍA CON CRITERIOS DE CALIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
NÚMERO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS 2019: 28 PRUEBAS ESPIROMÉTRICAS.  
HOMBRES:17.(60,714%); MUJERES:11.(39,285%).  
EDAD MEDIA: HOMBRES: 60,588 AÑOS.. MUJERES: 56,636 AÑOS.  
FUMADORES: HOMBRES: 17. FUMAN: 12.= 70,588%. NO FUMAN 5.= 29,411%.  
MUJERES: 11. FUMAN: 6.= 54,545%. NO FUMAN 5.= 45,454%.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS: 21,  
CASOS CONTROL : 7. (E.P.O.C. ASMA...) DE PATOLOGÍAS PREVIAS.  
CUMPLIMENTACIÓN PLANES PERSONALES: 28.  
PRUEBA VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO >6 SEG: 4. (= 14,28%)  
PRUEBA NO VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO <6 SEG: 24. (= 85,77%).  
PRUEBA VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO >4 SEG: 17. (= 60,714%).  
PRUEBA VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO >4 Y > 6 SEG: 21. (=75%).  
PRUEBA NO VALORABLE CON T AIRE ESPIRADO <4 SEG: 2 X DÉFICIT HABILIDADES.

SE OBSERVA GRAN DIFICULTAD EN PACIENTES PARA REALIZAR UNA ESPIRACIÓN DE AIRE BIEN HECHA, CON FUERZA AL PRINCIPIO, DE 6 SEGUNDOS DE DURACIÓN QUE ES LO QUE PIDEN LOS ESTÁNDARES.  
Nº DE DERIVACIONES A CONSULTA MEDICA ANTITABACO: 18.

PRUEBA BRONCODILATADORA EN 26 DE LAS 28 ESPIROMETRÍAS REALIZADAS.(92,857%).  
HALLAZGOS:TOTAL:17.(60,7%).NORMALES:TOTAL:11.(39,2).  
HALLAZGOS FUMADORES:10=(58,82,%). HALLAZGOS NO FUMADORES:7=(41,176%).  
E.P.O.C.: 6 CASOS(35,294%).FEV1/FVC POST B.D.<70%;RESTO NO E.P.O.C.:22 (64,7%).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1469

### 1. TÍTULO

#### ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

PATRÓN OBSTRUCTIVO (1= 5,88%): LEVE: 0. MODERADO: 1. GRAVE: 0.  
PATRÓN RESTRICTIVO (11= 64,70%): LEVE: 8. MODERADO: 0. SEVERO: 3.  
PATRÓN MIXTO (5= 29,41%): RESTRICCIÓN LIGERA+ OBSTRUCCIÓN MODERADA: 2. (NO FUMADORES).(40%).  
RESTRICCIÓN LIGERA + OBSTRUCCIÓN SEVERA: 1.(FUMADOR). (20%).  
RESTRICCIÓN SEVERA + OBSTRUCCIÓN SEVERA: 1.(FUMA). (20%).  
RESTRICCIÓN SEVERA+ OBSTRUCCIÓN MUY SEVERA: 1.(NO FUMA). (20%).

DENTRO DEL PATRÓN RESTRICTIVO SE APRECIA: (>INCIDENCIA SOBRE FUMADORES).  
1.- FUMAN: 72.72%. HOMBRES FUMADORES: 45.45%. MUJERES FUMADORAS: 27,27%.  
2.- NO FUMAN:36,36%.HOMBRES NO FUMADORES:9,09%.MUJERES NO FUMADOR: 27,27%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- COMPLEJIDAD DE LA PRUEBA. ES UNA PRUEBA QUE VIENE A DURAR COMPLETA 40-45 MIN. REQUIERE UNA EXPLICACIÓN MINUCIOSA DEL PROCEDIMIENTO Y UN MÍNIMO DE HABILIDADES POR PARTE DEL PACIENTE: A VECES NO TIENEN LA COORDINACIÓN, DESTREZA SUFICIENTES ( Ó BIEN POR EDAD, Ó POR CONDICIONANTES: OBESIDAD, ...) Y DEL PROFESIONAL. IMPLICACIÓN. SE OBSERVA GRAN DIFICULTAD EN PACIENTES PARA REALIZAR UNA ESPIRACIÓN DE AIRE BIEN HECHA, CON FUERZA AL PRINCIPIO, DE 6 SEGUNDOS DE DURACIÓN QUE ES LO QUE PIDEN LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD. SOLO SE DISPONE DE UNA TURBINA Y HAY QUE ESTERILIZARLA, LAVADO + 20 MIN EN GLUTARALDEHIDO+ SECADO). CON LO CUAL EL N° DE PRUEBAS POR AGENDA ES = 1.

2.- HOJA INFORME ESPIROMETRÍA EN O.M.I. NO ES CLARA Y ES CAMBIANTE: PARÁMETROS EN %, PARAMETROS EN CC. MEJORÍA EN % RESPECTO TEÓRICO.

3.- NO SE PUEDE VER EL GRÁFICO DE LA ESPIROMETRÍA EN ORDENADOR, NI EL TRAZADO DEL E.C.G. SERÍA IDEAL QUE HUBIESE UN HUECO PARA ESTO EN LA HISTORIA ELECTRÓNICA PARA VALORAR EVOLUCIONES.

4.- FALTA DE RECICLAJE. EN ESPIROMETRÍA ESTAMOS COMO CUANDO EMPEZAMOS A HACER ELECTROS EN LOS CENTROS, QUE ERA UNA COSA QUE ESTABA AHÍ Y AHÍ ESTABA.

5.- PERSONAS CON TALLA MENOR DE 150 CM SALEN DE RANGO DEL APARATO Y NO PERMITE VALORACIONES PRECISAS.

6.- DIFICULTADES EN EL CIRCUITO DE MANTENIMIENTO EN ELECTROMEDICINA. SE FISURÓ TURBINA (POR DESGASTE: APARATO) EL 11/04/2019, SE HIZO PARTE A MANTENIMIENTO DE QUE NO FUNCIONABA EL APARATO, FINALMENTE ENTRE TÉCNICOS, PERSONAL DE ALMACENES, DIRECCIONES, Y MIEMBROS DEL EQUIPO, SE CONSIGUEN REPUESTOS NECESARIOS, Y SE DEVUELVE OPERATIVO EL 30/09/2019, ACELERANDO EN LO POSIBLE LAS AGENDAS PARA REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍAS ANTES DE FIN DE PLAZOS.

7.- DIFICULTADES EN EL CIRCUITO DE OBTENCIÓN DE BOQUILLAS CON FILTRO BIOLÓGICO Y ADAPTADORES.

#### 7. OBSERVACIONES.

UN SALUDO DE TODO EL EQUIPO HUMANO DEL C.S. ARIZA.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1469 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1469

Título  
IMPLANTACION DE LA ESPIROMETRIA COMO DIAGNOSTICO Y CRIBADO DE E.P.O.C. Y OTRAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS

Autores:  
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, MOLERO TIRADO MARIA JOSE, BENDICHO ROJO CESAR, ROIG BARTOLOME ISRAEL, JILAVEANU CORINA MARIA, DIEZ GIMENO IRENE GLORIA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, MUÑOZ LOPEZ ZORAIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

#### 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 - 2019/1469

### 1. TÍTULO

#### ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

##### PROBLEMA

- 1.- MEJORAR EL INFRADIAGNÓSTICO DE E.P.O.C. HACIÉNDO ESPECIAL HINCAPIÉ EN EL PACIENTE FUMADOR Y SIRVIÉNDO DE PUERTA DE ENTRADA LA CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA. EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO ES LA EXPOSICIÓN Y/O INHALACIÓN DEL HUMO DEL TABACO, INCLUIDA EXPOSICIÓN PASIVA.
- 2.- LA MORTALIDAD GLOBAL EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE EPOC DEPENDE SOBRE TODO DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. EL INFRADIAGNÓSTICO, INFRATRATAMIENTO Y FALTA DE CONOCIMIENTO DE ESTA ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN GENERAL, OCASIONA QUE UN GRAN PORCENTAJE DE PERSONAS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS NO SOLICITE ATENCIÓN MÉDICA Y NO INTENTE DEJAR DE FUMAR, ES POR ELLO QUE NO ACUDEN HASTA QUE NO ES CLINICAMENTE EVIDENTE Y AVANZADO SU ESTADO, PUESTO QUE RELACIONAN TOS, DISNEA, EXPECTORACIÓN CON EL TABACO Y NO CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA "E.P.O.C".
- 3.- INCLUSIÓN EN LÍNEAS ASISTENCIALES EN EL A.G.C.2019.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- DIAGNÓSTICO PRECOZ DE E.P.O.C. MEJORA DE DATOS.
- 2.- EDUCAR AL PACIENTE EN E.P.O.C. Y CONCIENCIAR EFECTOS NOCIVOS DEL TABACO: (DERIVACIÓN A CONSULTA MÉDICA, SI PRECISA: CONSULTA ANTITABÁQUICA).
- 3.- MEJORAR EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD: REGISTRO EN O.M.I. DE PLANES PERSONALES E.P.O.C.

##### MÉTODO

- 1.- APERTURA DE AGENDA: SALAS/ESPIROMETRÍAS JUEVES A LAS 10:00H., TAMBIÉN DIRECTAMENTE PROGRAMANDO CON EL RESPONSABLE. (TENER EN CUENTA DURACIÓN DE LA PRUEBA : 40 MIN Y QUE SOLO HAY UNA BOQUILLA DE ESPIRÓMETRO Y HAY QUE ESTERILIZARLA).
- 2.- CITACIONES DESDE ADMISIÓN: DÓNDE SE ENTREGA HOJA DE PREPARACIÓN (PLANTILLA O.M.I.) Y DESDE CUALQUIER PROFESIONAL MÉDICO/ENFERMERÍA.
- 3.- HOJA INTERCONSULTA CON D.G.P.: PESO, TALLA, PERÍMETRO ABDOMINAL, TENSIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDÍACA, SATURACIÓN O<sub>2</sub> %, GLUCEMIA BASAL. SE APROVECHA VISITA PARA CUMPLIMENTACIÓN DE PLANES PERSONALES QUE FALTAN, YA QUE LA MAYORÍA SON CRÓNICOS.
- 4.- REGISTRO EN O.M.I. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA: ESPIROMETRÍA, ECG, TOMA DE CONSTANTES, REVISIÓN CALENDARIO VACUNAL...
- 5.- CREACIÓN ARCHIVADOR: EXÁMENES ESPIROMÉTRICOS PARA EVALUACIONES POSTERIORES.
- 6.- PREPARACIÓN DOSSIER QUE SE ENTREGA EN EL CASILLERO DE CADA MÉDICO: CONSTA DE FOTOCOPIA DE ESPIROMETRÍA INFORMADA, RESALTANDO PUNTOS CLAVE, PARA GUARDAR EN HISTORIA DE PAPEL Ó PARA DERIVACIÓN POSTERIOR SI PROCEDE, MAS VOLANTE DE PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO E.C.G. (SACADO A TRAVÉS DE PLANES PERSONALES DE O.M.I. CON E.C.G. REALIZADO CON CONSTANTES ANOTADAS PARA CUMPLIMENTACION DE INFORMES CORRESPONDIENTES.
- 7.- REGISTRO EN O.M.I. DE INFORME DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS PARA CUMPLIMENTACIÓN DE OBJETIVOS A.G.C.
- 8.- REALIZACIÓN DE 3 SESIONES FORMATIVAS CON LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO (MÉDICOS Y ENFERMERÍA).
  - A) INTERPRETACIÓN DE CURVAS Y RESULTADOS.
  - B) REGISTRO INFORME DE ESPIROMETRÍA EN O.M.I. Y MANEJO DE BASE DE DATOS DE ESPIRÓMETRO.
  - C) TALLER PRÁCTICO REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA CON CRITERIOS DE CALIDAD.

##### INDICADORES

- 1.- NÚMERO DE ESPIROMETRÍAS REALIZADAS. (01/01/19-31/01/20).
- 2.- NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS POSITIVOS.
- 3.- NÚMERO DE CASOS CONTROL. PATOLOGÍAS PREVIAS.
- 4.- Nº DE DERIVACIONES A CONSULTA MÉDICA ANTITABÁCO.
- 5.- ESTRATIFICACIÓN HALLAZGOS: HOMBRES/MUJERES.  
FUMADORES/NO FUMADORES; EPOC;  
PATRONES OBSTRUCTIVOS: LEVE/MODERADO/GRAVE; PATRONES RESTRICTIVOS: LEVE/MODERADO/GRAVE; PATRÓNES MIXTOS.

##### DURACIÓN

CRONOGRAMA PREVISTO: SE LLEVA REALIZANDO DESDE 01/01/2019 Y LA FECHA FINAL PREVISTA SERÁ 01/02/2020.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1469

### 1. TÍTULO

#### ESPIROMETRIA CON CRITERIOS DE CALIDAD EN ATENCION PRIMARIA. 2019.

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 - 2019/1473

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ISRAEL ROIG BARTOLOME  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ARIZA  
· Localidad ..... ARIZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BENDICHO ROJO CESAR  
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA  
MOLERO TIRADO MARIA JOSE  
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA  
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION  
JILAVEANU CORINA MARIA  
MARTINEZ DONOSO EVA CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado una base de datos para facilitar a todo el personal el conocimiento de la cartera de servicios del laboratorio de referencia, las pruebas que se remiten a otros laboratorios, las pruebas que deben realizarse obligatoriamente en el hospital, así como la preparación del paciente y los tubos y recipientes adecuados para cada prueba.

Se ha realizado un estudio de las incidencias ocurridas en los procesos preanalíticos comunicadas por el laboratorio de referencia, con dos cortes semestrales, en junio y diciembre, que permiten objetivar los resultados.

Se han realizado dos sesiones clínicas en las que se han analizado los resultados de estos cortes, así como la adopción de acuerdos y consensos para la mejora efectiva de estos procesos, que constituye el fin último de este proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el corte de junio se contabilizaron 106 incidencias sobre un total de 525 muestras recogidas en el período, lo que da un valor de 0,20 para el indicador 1 del proyecto. Así mismo, los datos arrojan una media de 6,24 incidencias por día de estudio, que afectaron a una media de 5,76 pacientes por día de estudio.

En el corte de diciembre se contabilizaron un total de 117 incidencias sobre un total de 720 muestras, lo que da un valor de 0,16 para el indicador 1 del proyecto. De esta forma, las medidas adoptadas en a la luz de los datos analizados en el primer corte permitieron reducir la media de incidencias diarias a 5,32, reduciendo el número de pacientes afectados a 4,91 por día.

Para la obtención de estos datos se analizaron los registros de incidencias preanalíticas facilitados por el laboratorio de referencia.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para valorar correctamente la magnitud del problema analizado, hay que tener en cuenta que la mayor parte de incidencias registradas se corresponden con un exceso de muestras recogidas como "medida de prevención" de incidencias que realmente afecten negativamente al paciente. Por lo tanto, la primera conclusión a la que se llega es a la necesidad de corregir ciertas ineficiencias o instaurar medidas organizativas que aumenten la eficiencia y quizás un análisis más profundo de las causas que llevan a que estas se produzcan.

Otra cuestión a tener en cuenta es la inexistencia de registros de incidencias que, afectando al proceso preanalítico no son tenidas en cuenta en los registros que mantiene el laboratorio de referencia, que se limita a registrar el exceso o la falta de muestras para una solicitud de análisis, sin que existan registros de ese otro tipo de incidencias: ilegibilidad de volantes, fallos en el sistema de citas, problemas en la recogida de muestras por parte del paciente, disponibilidad de recipientes, acumulación de extracciones a domicilio, etc.

Por último, se ha observado que no es posible comparar los resultados obtenidos por el equipo con respecto a otros períodos de tiempo u otros equipos similares.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1473 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1473

Título  
MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALITICOS, EXTRACCION Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Autores:  
ROIG BARTOLOME ISRAEL, BENDICHO ROJO CESAR, LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA, MOLERO TIRADO MARIA JOSE, DIEZ GIMENO IRENE GLORIA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, JILAVEANU CORINA MARIA, MARTINEZ DONOSO EVA CRISTINA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1473

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

##### TEMAS

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

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

LA FASE PREANALÍTICA TRANSCURRE DESDE EL MOMENTO EN QUE SE PRODUCE LA PETICIÓN HASTA QUE LA MUESTRA LLEGA AL LABORATORIO Y COMIENZA LA FASE ANALÍTICA, IMPLICANDO TANTO AL PERSONAL SANITARIO COMO AL NO SANITARIO. CUALQUIER ERROR QUE SE PRODUZCA EN ESTA FASE PUEDE SUPONER UN RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO Y/O EL TRATAMIENTO, INCLUSO LA REPETICIÓN DE UNA PRUEBA MÁS O MENOS INVASIVA PARA EL PACIENTE. PARA PREVENIR CUALQUIER ERROR EN ESTA FASE O MINIMIZAR SUS EFECTOS, SE HACE NECESARIO CONOCER CADA PASO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL Y ESTANDARIZAR LAS DISTINTAS ACTUACIONES QUE SE LLEVAN A CABO EN LA MISMA.

##### RESULTADOS ESPERADOS

ESTANDARIZACIÓN DE LAS DISTINTAS ACCIONES DENTRO DE LA FASE PREANALÍTICA.

REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE ERRORES EN CADA UNO DE LOS PASOS, SIENDO LA POBLACIÓN DIANA EL CONJUNTO DE PACIENTES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO ANALÍTICO.

CONOCIMIENTO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE LAS ACCIONES QUE LLEVA A CABO EL RESTO DEL PERSONAL EN ESTA FASE, ASÍ COMO SU ORGANIZACIÓN.

CONOCIMIENTO POR PARTE DE TODO EL PERSONAL DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL LABORATORIO DE REFERENCIA, ASÍ COMO LAS PRUEBAS QUE SE EFECTÚAN EN OTROS LABORATORIOS Y LAS EXTRACCIONES Y TOMA DE MUESTRAS QUE DEBEN REALIZARSE EN EL HOSPITAL.

OPTIMIZACIÓN DE TODOS LOS PROCESOS PREANALÍTICOS.

##### MÉTODO

ELABORACIÓN DE UNA BASE DE DATOS QUE FACILITE A TODO EL PERSONAL EL CONOCIMIENTO DE LA CARTERA DE SERVICIOS DEL LABORATORIO DE REFERENCIA, LAS PRUEBAS QUE SE REMITEN A OTROS LABORATORIOS, LAS PRUEBAS QUE DEBEN REALIZARSE OBLIGATORIAMENTE EN EL HOSPITAL, ASÍ COMO LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y LOS TUBOS Y RECIPIENTES ADECUADOS PARA CADA PRUEBA, UTILIZANDO PARA ELLO LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y PUBLICADA O REMITIDA POR EL LABORATORIO DE REFERENCIA.

SESIÓN CLÍNICA SOBRE LA FASE PREANALÍTICA.

ADOPCIÓN DE ACUERDOS Y CONSENSOS EN EL EAP.

##### INDICADORES

Indicador N° 1: Incidencias en la fase preanalítica, extracción y recogida de muestras  
Definición: Número de incidencias de la fase preanalítica, extracciones y recogida de muestras.  
Fórmula: Número de incidencias / Número total de analíticas y muestras recogidas  
Valor a alcanzar: Disminuir en un 10% el número de incidencias con respecto al año anterior  
Límite inferior:  
Fuente de datos: Informe de incidencias remitido por el laboratorio de referencia.

##### DURACIÓN

Elaboración de base de datos en el primer trimestre del año 2019.  
Sesión clínica en abril de 2019.  
Evaluación y comunicación de resultados en diciembre de 2019.  
Elaboración de memoria anual en 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) .:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1473**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LOS PROCESOS PREANALÍTICOS, EXTRACCIÓN Y RECOGIDA DE MUESTRAS DEL CENTRO DE SALUD DE ARIZA**

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1474

### 1. TÍTULO

#### NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CESAR BENDICHO ROJO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ARIZA  
· Localidad ..... ARIZA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROIG BARTOLOME ISRAEL  
LOPEZ MARTIN CARLOS BAUTISTA  
DIEZ GIMENO IRENE GLORIA  
HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION  
JILAVEANU CORINA MARIA  
MARTINEZ DONOSO EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
SE REALIZÓ UNA PRIMERA REUNIÓN CON EL CLAUSTRO DE PROFESORES PARA DECIDIR LOS PROBLEMAS A ABORDAR Y DETERMINAR LOS OBJETIVOS, EN ELLA SE ACUERDA TRABAJAR SOBRE LAS NORMAS DE CONVIVENCIA, URBANIDAD, ABORDÁNDOLO LOS PROFESORES DESDE EL AULA COMO TRANSVERSALES Y EN REUNIONES INDEPENDIENTES CON METODOLOGÍA DE TRABAJO EN GRUPOS QUE DESARROLLE SU CAPACIDAD DE RESPETO Y DE DECISIÓN, DESDE UNA PERSPECTIVA DE PENSAMIENTO CRÍTICO QUE POTENCIA LA AUTONOMÍA DEL ALUMNO (NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS).  
SE REALIZÓ UNA REUNIÓN CON LOS PADRES EN LA QUE SE LES INFORMÓ DEL PROYECTO.  
SE DESARROLLARON CUATRO REUNIONES DE ALUMNOS EN HORARIO ESCOLAR, LAS NORMAS PACTADAS SON :TODAS LAS IDEAS SE ESCUCHAN Y ESTUDIAN, TODAS LAS OPINIONES SE VALORAN Y TODAS LAS DECISIONES SE TOMAN TRÁS UN PROCESO DE DELIBERACIÓN  
LA ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS ES ALEATORIA, LOS GRUPOS DE TRABAJO SON DE 5 A 6 PERSONAS Y EL OBJETIVO DECIDIDO POR ELLOS HA SIDO REVISAR LAS NORMAS EXISTENTES Y DECIDIR TRAS DELIBERACIONES, CUALES CONSIDERAN MÁS IMPORTANTES Y DE QUE FORMA PUEDEN IMPLEMENTARSE.  
DECIDIERON QUE LA MEJOR FORMA DE HACERLAS PUBLICAS ERA A TRAVÉS DE LETREROS COLOCADOS EN LUGARES ESTRATÉGICOS DEL COLEGIO EN LOS QUE SE RECOGÍAN SUS CONCLUSIONES REDUCIDAS A UN DECALOGO. ASÍ LO DECIDIERON Y ASÍ SE HIZO.  
EN LA REUNIÓN POSTERIOR DE EVALUACIÓN DE LOS PROFESORES Y SANITARIOS, REVISAMOS METODOLOGÍA Y DECIDIMOS SEGUIR CON LA MISMA PARA EL PROXIMO AÑO 2019/2020, COMENTAMOS ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS REVISANDO AQUELLOS ASPECTOS QUE PUEDEN MEJORARSE, SOBRETUDO LA GESTIÓN DE LOS TIEMPOS QUE NO SIEMPRE SE RESPETARON.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
EL HECHO DE IMPLICAR A LOS PADRES EN UN PROCESO DE SOCIALIZACIÓN INCLUSIVA COMO SON LAS NORMAS DE URBANIDAD ES EN SÍ UN OBJETIVO EN SÍ MISMO. EL QUE LOS HIJOS UTILICEN FORMULAS DE RESPETO HACE QUE MUCHOS PADRES SE REPLANTEEN SU UTILIZACIÓN, EL PORQUÉ QUE ALGUNAS NORMAS ESTAN EN DESUSO FUE ESTUDIADO Y ABORDADO POR LOS ALUMNOS EN SUS GRUPOS DE TRABAJO, SU CONCLUSIÓN FUE QUE LA MAYORÍA TENIAN SENTIDO PERO QUE HABÍA QUE PLANTEARLA DE OTRA MANERA, INSISTIENDO EN LA OPERATIVIDAD Y EN LOS VERDADEROS OBJETIVOS, NO DE SUMISIÓN SINO DE RESPETO Y MEJORA DE LA AUTOESTIMA DE AQUELLOS QUE LA SOCIEDAD IGNORA O DESPRECIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
NO SOMOS TAN INGENUOS COMO PARA PRETENDER HABER CONSEGUIDO UNA MEJORA CONTINUA DE LA SOCIALIZACIÓN, LO QUE SE PRETENDE ES CONSEGUIR QUE SE REFLEXIONE TANTO INDIVIDUAL COMO EN GRUPO SOBRE EL PAPEL QUE Y LA IMPORTANCIA DE NUESTRO COMPORTAMIENTO SOBRE LOS DEMÁS COMPAÑEROS, SI CONSEGUIMOS QUE POR UN MOMENTO SE PLANTEEN DE FORMA CRITICA SU COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL Y EN GRUPO, SI SON CAPACES DE RESPETAR A LA PERSONA POR ENCIMA DE TODO Y ENFRENTARSE SIN VIOLENCIA PERO SIN CEDER UN APICE, DEFENDIENDO LOS VALORES QUE CONFIGURAN UNA SOCIEDAD, SI SON CAPACES DE DISCULPARSE SIN SENTIRSE VENCIDOS Y HABLAR TRAS HABER ESCUCHADO... AUNQUE SOLO SEA UN MOMENTO, ESE INSTANTE HACE QUE TODO ESFUERZO MEREZCA LA PENA.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1474 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1474

Título  
NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACION

Autores:  
BENDICHO ROJO CESAR, ROIG BARTOLOME ISRAEL, LOPEZ MARTIN CALOS BAUTISTA, HERNANDEZ VALLESPIN ASCENSION, JILAVEANU CORINA MARIA, DIEZ GIMENO IRENE GLORIA, ESTERAS HENAR PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ARIZA

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1474

### 1. TÍTULO

#### NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: social  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Comunidades de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos: Comunitarios

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

#### PROBLEMA

Las normas de convivencia se han ido perdiendo por diversos motivos, la implementación de las mismas ha sido la necesidad sentida y elegida por el claustro para trabajar con los niños dentro del programa de actuación en EPS Comunitaria, que desde hace tres años venimos realizando el CRA Puerta de Aragón y el CS de Ariza.

En salud, entendemos que la autonomía de la persona es un objetivo fundamental que debe trabajarse desde la edad más temprana. La gran oferta de información a la que tenemos acceso abarca cualquier necesidad sentida o impuesta (todo está en la red). Pecamos de ingenuos o cínicos, cuando basamos la EPS en campañas unidireccionales de transmisión de conocimientos. Lo importante es como y donde conseguir la información adecuada, como determinar por sí solos la validez y pertinencia de la misma y en virtud de las mismas ser capaces de elegir rectificando tantas veces como sea necesario.

El tema propuesto desde el Centro escolar nos sirve de excusa para lo que consideramos vital, potenciar la capacidad de elección, el respeto y la colaboración solidaria, para ello utilizamos metodologías participativas y técnicas deliberativas. Podemos afirmar sin lugar a dudas, en este caso y con la metodología utilizada, que lo importante es, más que la meta, (usar las convenciones sociales), el camino (ser conscientes de lo que representan y ser capaces de interpretarlas y usarlas para conseguir una sociedad más justa).

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### Generales:

- promover una ciudadanía activa(\*\*) a través de la reflexión y el dialogo
- intentar que los niños descubran por sí solos e interioricen, la necesidad de crear y aplicar normas de conducta que faciliten la vida en la comunidad promoviendo la solidaridad, el apoyo y la integración, atendiendo especialmente a los más vulnerables
- potenciar el pensamiento crítico, la capacidad de deliberar, de dialogar y el respeto propio y ajeno, promover la transición de la heteronomía a la autonomía, (intentando que el niño piense por sí mismo y tenga una mente abierta con criterio para elegir y capacidad para convivir)

##### Específicos:

- evitar el acoso en todas sus formas
- conseguir que no sea la tolerancia, si no el respeto a la dignidad de todas las personas, una norma de conducta irrenunciable.
- promover a través del diálogo, respuestas alternativas, firmes, reflexivas, inclusivas y empáticas enfrentadas a la manipulación y la violencia.

#### MÉTODO

dos reuniones de trabajo con claustro y EAP, 1 reunión explicativa con padres y alumnos, tres sesiones de 45 minutos de actividades a lo largo de lmes, al terminar cada una de las sesiones evaluación interna cualitativa y preparación de la siguiente reunión. Al terminar y tras la evaluación general, reunion de padres/madres docentes niños y sanitarios para comentar y realizar la evaluación final y preparar las actividades para el curso siguiente.

#### INDICADORES

Técnicas cualitativas. Evaluaremos a) lo aprendido  
b) lo enseñado  
Todo ello vinculado con los objetivos individualmente y como grupo.

#### DURACIÓN

Ya se han realizado las dos primeras reuniones Claustro/EAP el resto los Lunes de Mayo- Junio duracion: 45 minutos y terminar, como hacemos siempre, con unos minutos de relajación

#### OBSERVACIONES

Un reloj de cocina grande, tizas, folios boligrafos y una pizarra.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1474

### 1. TÍTULO

#### NORMAS DE CONVIVENCIA REDESCUBRIMIENTO, VALIDEZ Y APLICACIÓN

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

### 1. TÍTULO

#### ACOPLA SALUD

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONICA IBAÑEZ FORNES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ATECA  
· Localidad ..... ATECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BUENO TABERNERO ANTONIO  
CLAVEIRO CHUECA DIANA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante el segundo trimestre de 2019 los profesores de Educación Física impartieron una clase sobre alimentación y hábitos saludables.
- Los días 14, 21 y 28 de febrero de 2019 se realizaron desayunos saludables, a modo de buffet, en el Instituto, previamente a la realización de una actividad intensa en la clase de Educación Física, utilizando el plan de fruta del programa de Escuelas Promotoras de Salud, alimentos de Kilómetro 0 (frutos secos y chocolate negro), en colaboración con el Módulo de Cocina de dicho Instituto.
- Así mismo, dirigida a los padres de los alumnos se impartió una charla sobre buenos hábitos alimentarios, apoyada con una presentación en powerpoint.
- También se aportó información escrita a los padres (disponible en castellano, rumano y árabe) durante las revisiones pediátricas programadas a los 14 años, en el centro de Salud.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La participación de los alumnos en la actividad de buffet fue del 100%.
- No se pasó cuestionario a los profesores, aunque preguntados si eran conocedores del presente proyecto, todos afirmaron conocerlo, estando además 3 de ellos implicados en el desarrollo del mismo, de un total de 17 profesores.
- La asistencia de los padres a la charla fue de un 30%, los cuales acogieron de manera muy positiva el proyecto, comprometiéndose además a aplicarlo dentro del ámbito doméstico. Señalar además, que la información escrita aportada fue especialmente bien acogida entre las madres de procedencia rumana y árabe.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se valora muy positivamente la aceptación del proyecto y la implicación del profesorado en el mismo.
- La actividad de los desayunos tipo buffet fue además muy divertida, pasándolo muy bien los alumnos.
- Los profesores nos han expresado la buena disposición por parte de los alumnos a aplicar lo aprendido modificando positivamente sus hábitos alimenticios.
- Hay que señalar que la asistencia a las charlas dirigidas a los padres fue menor de la esperada.
- La entrega de apoyo escrito a las madres/padres de origen rumano o árabe fue muy bien recibida.

#### 7. OBSERVACIONES.

Durante el curso 2018/19, además de ser el segundo año del proyecto, se inicia con los alumnos de 1º de ESO el mismo programa del proyecto Acopla Salud, con el objetivo de incorporar este proyecto en la Cartera de Servicios.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/582 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0582

Título  
ACOPLA SALUD (APRENDE A COCINAR PLATOS SALUDABLES)

Autores:  
IBAÑEZ FORNES MONICA, BUENO TABERNERO ANTONIO, BLANQUEZ PUEYO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

### 1. TÍTULO

#### ACOPLA SALUD

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

#### PROBLEMA

El I.E.S. "Zaurín" de Ateca, está adherido al programa "Escuelas Promotoras de Salud". Cuando el SARES se reúne con el Instituto, nuestro Centro de Salud es invitado a participar en el proyecto, poniéndose el Equipo a su disposición.

En septiembre de 2017 se realizan reuniones con los profesores para valorar los programas prioritarios. Los profesores de E. Física observan malos hábitos alimentarios en los adolescentes, ya que en sus clases los alumnos presentan más síncope de los esperados tras realizar ejercicio físico.

Inicialmente se evaluaron los hábitos nutricionales de los alumnos mediante encuesta y cálculo del Índice de Masa Corporal individual. Se pretendía conocer directamente la situación actual y valorar la necesidad real de iniciar un proyecto educativo.

De las 57 encuestas contestadas señalaremos que:

3 alumnos contestaron que no sabían si habían recibido una buena educación sobre alimentación, 1 alumno contestó que no, y el resto que creían haber recibido una buena formación.

En cuanto a si creían comer adecuadamente, 3 contestaron que no, 6 que no lo sabían y el resto que creían comer adecuadamente.

44 niños hacen deporte regularmente fuera del ámbito escolar.

22 niños dicen realizar 5 comidas al día.

35 niños no realizan desayuno o almuerzo.

Solo 2 alumnos refieren comer fruta si "pican" algo entre comidas, el resto toma snacks, frutos secos o chuches.

Los resultados mostraron según las tablas de I.M.C. para niños y adolescentes que:

El 16,3% presentaba obesidad.

El 23,6 presentaba sobrepeso.

El 43,6% presentaba valores normales.

El 10,9% presentaba desnutrición leve.

El 3,6% presentaba desnutrición moderada.

El 1,8% presentaba desnutrición severa.

3 alumnos se negaron a pesarse.

Según nuestra valoración los alumnos estudiados presentan una cifra de exceso de peso global del 39,9%, con un 23,6% de sobrepeso y un 16,3% de obesidad, cifras superiores a otros estudios.

Por ello se decidió intervenir realizando actividades educativas con los alumnos durante la ESO, con el objetivo de conseguir una conducta alimentaria adecuada al final del ciclo formativo.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### AL FINALIZAR ESO:

Que los alumnos lleven una alimentación saludable.

Que los alumnos sepan modificar su alimentación en función del gasto energético que realicen.

Aumentar el % de alumnos con un I.M.C. dentro de la normalidad, según talla y sexo.

Disminuir el % de alumnos con sobrepeso y obesidad, adecuándolas a las cifras de prevalencia en Aragón.

##### TRAS EL CURSO 2017-18 en 1º de la ESO:

Aumentar los conocimientos sobre alimentación y balance energético.

Aumentar el % de alumnos que desayunan diariamente.

##### EN CADA CURSO:

Anualmente se consensuarán los objetivos más adecuados

Reforzar los conocimientos de los alumnos adquiridos el año pasado.

Informar e implicar a los padres de los alumnos en el proyecto

#### MÉTODO

Charla taller sobre alimentación en 1º ESO, con PowerPoint.

Al inicio de cada curso se definirán las actividades más adecuadas. Un avance sería:

Charlas para padres/madres o tutores sobre hábitos alimentarios.

Charla-taller sobre trastornos de la conducta alimentaria.

Talleres sobre alimentación, consumo responsable y alimentos km. 0.

#### INDICADORES

##### PARA EL CURSO 2017-18:

Nº de profesionales de Equipo de Salud implicados en el desarrollo y actividades, sobre el total de miembros del Equipo.

Nº de profesores del Instituto implicados, sobre el total del claustro.

Nº de alumnos que han asistido a las sesiones, sobre el total de alumnos.

% de alumnos de 1º que han adquirido el hábito de desayunar, sobre el total de alumnos de 1º.

Nº de síncope tras el ejercicio físico, con registro de los episodios y datos de si han desayunado y si ocurren en alumnos diferentes o en los mismos.

##### AL FINALIZAR ESO:

Se tendrá en cuenta el nº de alumnos que a lo largo del proyecto han abandonado, repetido o dejado el Instituto.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0582

### 1. TÍTULO

#### ACOPLA SALUD

- 1- Mediante nuevo cálculo del I.M.C. y comparación con el previo:  
Nº de alumnos que han normalizado su peso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.  
% de alumnos que han disminuido su grado de obesidad o sobrepeso, sobre el total de alumnos con I.M.C. por encima de lo normal.
- 2- Mediante nueva encuesta:  
Nº de alumnos que han aprendido a adecuar la ingesta antes del ejercicio, sobre el total de alumnos.  
Nº de alumnos que desayunan diariamente, sobre el total de alumnos.  
Nº de alumnos que han modificado positivamente sus hábitos alimentarios sobre el total de alumnos.

#### DURACIÓN

Toma de contacto con Dirección del I.E.S.: 9/2017.  
Reuniones periódicas con la Dirección del I.E.S. y durante todo el curso.  
Reuniones periódicas entre enfermera responsable y el Equipo de Salud.  
Reuniones con los profesores: 3 en el 1º trimestre y una por ahora en el 3º.  
Reuniones con el jefe de Cocina del I.E.S.: 2 en el 1º trimestre.  
Encuesta de hábitos alimentarios a alumnos de 1º: 12/ 2017.  
Cálculo a los alumnos de 1º del I.M.C.: 12/2017.  
Charlas-talleres, 2 sesiones en grupos de 30 alumnos, 5/ 2018.  
Encuesta para valorar el nº de alumnos que han adquirido el hábito de desayunar y a modificar la ingesta según ejercicio previsto: 10/2018.

#### 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 - 2019/1165

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MAGDALENA MELENDO BUENO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ATECA  
· Localidad ..... ATECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GOMEZ LLORENS CARMEN  
GALINDO FAGO ADRIANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica en Enero de 2019 sobre las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón.

Reunión inicial con el equipo de mejora en Marzo de 2019 para presentar el proyecto, explicar su pertinencia, objetivos y actividades a realizar.

En Abril de 2019 se identifican, a través de la BDU, los pacientes nacidos entre los años 1970 y 1983 susceptibles de completar su adecuada vacunación. Se confecciona una carta informativa instándoles a acudir a la consulta de enfermería para revisar y actualizar su estado vacunal y, si procede, administrarles las dosis de vacuna convenientes.

En Mayo de 2019 se envió dicha carta. A partir de ese momento se han ido citando y atendiendo a los pacientes que han acudido, se les ha completado su historial vacunal, realizando las actuaciones necesarias en cada caso. Ha sido preciso realizar serologías en algunos pacientes, puesto que no disponían de la cartilla de vacunaciones y no recordaban haber padecido alguna de las enfermedades.

También hemos actualizado el registro del estado vacunal de la población en general, aprovechando las consultas por otros motivos.

Se han realizado reuniones periódicas trimestrales con el equipo para compartir el desarrollo del proyecto y afrontar las dificultades que han ido surgiendo. (Respuesta de los pacientes, provisión de vacunas, etc).

Reunión final del proyecto en Enero de 2020 para conocer los resultados obtenidos y los objetivos alcanzados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos obtenidos de la historia clínica de OMI-AP.

Indicador 1:

422 Pacientes entre 35 y 50 años a los que se les envió carta informativa.  
45 cartas fueron devueltas por correos como desconocidos o ausentes por lo que quedaron 377 pacientes informados.

Durante el año ha acudido a revisar su estado vacunal 186 pacientes (49%). De los cuales

a)- Vacuna DT: 163 (88%) bien vacunados  
23 (12%) con alguna pauta registrada pendiente de completar.

b)- T. Vírica: 24 (13%) han precisado 1 ó 2 dosis puesto que no recordaban haber padecido las enfermedades o sólo tenían una dosis de vacuna registrada.

c)- Serologías: En 56 Pacientes (30%) se han solicitado serologías, la mayoría de las cuales han resultado positivas.  
Excepto en 5 casos para Varicela y 3 casos para Parotiditis en los que se precisó administrar la vacuna correspondiente.

d)- Hepatitis B: En los nacidos a partir de 1980 fue necesario completar vacunación en un total de 9 pacientes.

Indicador 2:

En la población general se ha revisado y registrado en OMI-AP su estado vacunal consiguiendo información de sus vacunaciones en un 78% de los pacientes de la zona de salud

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1165

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

El proyecto ha supuesto para los componentes una excelente ocasión para afianzar el trabajo en equipo y una buena oportunidad para fortalecer las habilidades en el manejo de la historia clínica OMI-AP.

Hemos constatado que la población está muy concienciada de la necesidad de vacunación frente al Tétanos por lo que esta vacuna está ampliamente difundida, no precisando administrar nuevas dosis en la mayoría de los casos.

La respuesta por parte del grupo de población al que se les envió carta informativa, no ha sido la esperada, por lo que no se han cumplido el objetivo del 80% propuesto. Aún así estamos satisfechos de haber incrementado el registro vacunal, apenas existente, y el conocimiento y concienciación con respecto a la inmunización frente a algunas enfermedades. Creemos que uno de los motivos para esta baja participación puede deberse a que se trata de un grupo poblacional joven que no precisa asistencia sanitaria habitualmente.

El proyecto nos ha servido para captar a pacientes que difícilmente habrían acudido al Centro de Salud y así hemos podido completar su historial médico. Además estamos motivados para continuar con la actualización y registro en los pacientes que vayan acudiendo a la consulta a partir de ahora.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1165 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1165

Título  
MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

Autores:  
MELENDO BUENO MAGDALENA, GOMEZ LLORENS CARMEN, GALINDO FAGO ADRIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

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

PROBLEMA  
Con motivo de la implantación de las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón, creemos conveniente realizar una búsqueda activa de aquellos pacientes entre 35 y 50 años (Población diana ) con el fin de revisar y completar, si procede, su estado vacunal.  
Las principales razones que nos llevan a realizar este proyecto serían las siguientes:  
- La casi ausencia de registro vacunal en OMI-AP, debido a la escasa frecuentación en las consultas de enfermería de este grupo poblacional.  
- Según el nuevo protocolo establecido de vacunación en adultos, la anamnesis sobre la vacunación T.V. señala como población más susceptible a los nacidos entre 1970 y 1983.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Conocer el estado inmunológico real de la población adulta de nuestra zona de salud.  
- Incrementar el porcentaje de pacientes adultos correctamente vacunados (programa de vacunación OMI- AP)  
- Incrementar el porcentaje de vacunas registradas en la Zona Básica de Salud.  
- Incrementar el conocimiento y la concienciación en la población diana de la Zona de Salud de estar correctamente vacunado.

MÉTODO  
- Sesión clínica sobre las nuevas pautas de vacunación en adultos en Aragón.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1165

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA COBERTURA Y REGISTRO VACUNAL EN LA POBLACION ADULTA

- Durante el primer cuatrimestre de 2019, se procederá a la revisión del estado vacunal actual y enfermedades padecidas de los pacientes adultos a través de sus historias clínicas.
- Información al paciente (Población diana) mediante carta informativa sobre el nuevo programa de vacunación de pacientes adultos en Aragón.
- Durante el segundo cuatrimestre de dicho año, en colaboración con los médicos de familia, se procederá a citar y realizar las serologías pertinentes para comprobar su estado inmunológico real.
- Durante el tercer cuatrimestre, citación y administración a los pacientes de las dosis vacunales correspondientes, para completar adecuadamente el calendario vacunal.
- Registro de las dosis administradas en la historia clínica de OMI-AP.
- Conclusión del proyecto : final año 2019.

#### INDICADORES

- Alcanzar una cobertura vacunal de al menos un 80% de la población adulta de entre 35 y 50 años.
- Alcanzar un registro vacunal en OMI-AP de al menos un 80% de la población adulta de la Zona Básica de Salud.

#### DURACIÓN

Año 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 - 2019/1270

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ADRIANA GALINDO FAGO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ATECA  
· Localidad ..... ATECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GRACIA JARABO MYRIAM  
MODREGO IRANZO DIANA  
GOMEZ LLORENS CARMEN  
IBÁÑEZ FORNIES MONICA  
BUENO TABERNERO ANTONIO  
MELENDO BUENO MAGDALENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al inicio del proyecto, febrero de 2019, nos reunimos todos los miembros del equipo de mejora con la finalidad de explicar la pertinencia del mismo, objetivos a alcanzar, actividades a desarrollar e indicadores. En la misma reunión, se facilitan varios documentos elaborados por la responsable del proyecto basados en información extraída de diversas guías de práctica clínica y protocolos; Entre ellos se incluye de manera detallada la descripción de las actividades que se deberán llevar a cabo y el uso del material del que disponemos (Eco doppler, monofilamento de Semmens-Weinstein y diapasón).

De manera consensuada se decide comenzar el cribado con el grupo de población comprendido entre los 45 a 65 años ya que el pie diabético es una patología que afecta con mayor frecuencia a este cupo de pacientes. Se identifican a través del cuadro de mandos a 64 pacientes que reúnen dichas características y acordamos repartirlos por cupos para poder iniciar las actividades. Si los plazos lo permiten, a lo largo del año ampliaremos la cobertura de cribado al resto de grupos por edades.

Cada enfermero organizará su agenda para incluir en la misma a estos pacientes y realizar el cribado; Se acuerda revisar cada una de las historias para extraer datos de contacto y comprobar el correcto diagnóstico. El contacto con ellos se realizará vía telefónica para explicarles la pertinencia del proyecto y la importancia de formar parte del mismo, también se aprovechará la llamada para concretar las citas. A todos los pacientes se les realizará una primera revisión y a otros, incluso dos por presentar riesgo moderado o alto.

Como estrategia conjunta establecemos reuniones trimestrales para identificar posibles incidencias, buscar soluciones y comprobar el desarrollo del proyecto.

En la reunión trimestral de Octubre 2019 se identifican las siguientes incidencias: imposibilidad de contacto con determinados pacientes y negativa de otros a participar en el proyecto; También se identifica a un paciente mal diagnosticado, el cual eliminaremos de nuestra población diana. Estos datos serán tenidos en cuenta en las conclusiones del proyecto.

Finalmente, en la última reunión en Enero de 2020, los integrantes del equipo exponen de manera individual los resultados y objetivos alcanzados, para conjuntamente poder establecer el contenido de la memoria final del proyecto. Se comparten impresiones sobre el impacto y relevancia de nuestras actividades de prevención en salud sobre la población de nuestra ZBS.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Partimos de una población diana de 64 pacientes que tras revisar cada una de las historias comprobamos que realmente trabajaremos con 63 ya que hay un paciente mal diagnosticado cuyo episodio de Diabetes Mellitus tipo II no se cerró en su momento; Se modifica ahora tras informar a su médico de cabecera. También debemos tener en cuenta que de esos 63 pacientes no logramos localizar a 3 de ellos y no desean participar en nuestro proyecto 5.

Datos obtenidos del cuadro de mandos en diabetes y de la historia clínica OMI-AP. Debido a incompatibilidad de plazos, la cobertura del cribado se ha mantenido durante todo el año en pacientes de 45 a 65 años, no la hemos podido ampliar el resto de edades; Nuestros resultados están afectados por este motivo y por el hecho de que el cuadro de mandos no permite acotar la búsqueda por grupos de edad.

Indicador diabetes - Pie de riesgo (%)

Proporción de pacientes diabéticos > o = 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación con valoración del pie diabético de riesgo en el periodo de evaluación.

- Gris (sin revisión): en Enero de 2019 93,53% y en Diciembre de 2019 48,10%.
- Rojo (riesgo alto): en Enero de 2019 0,72% y en Diciembre de 2019 1,43%.
- Amarillo (riesgo moderado): en Enero de 2019 5,04% y en Diciembre de 2019 36,67%.
- Verde (riesgo bajo): en Enero de 2019 0,72% y en Diciembre de 2019 13,81%.

Indicador diabetes - Conocimientos (%)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1270

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Diabetes y registro de intervención por conocimientos deficientes en diabetes en el periodo de evaluación; En Enero de 2019 74,76% y en Diciembre de 2019 77,70%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de este proyecto ha supuesto para los componentes una gran oportunidad de incrementar su destreza en técnicas de cribado de pie diabético, así como de conocer la importancia y repercusión del seguimiento de estos pacientes. El trabajo en equipo ha facilitado la puesta en marcha y seguimiento de las actividades, además del acuerdo en educación al paciente diabético sobre autocuidados y prevención de riesgos.

Los objetivos establecidos inicialmente han sido positivos ya que los resultados alcanzados reflejan la gran implicación por parte del personal de enfermería para contribuir al incremento del cribado de pie diabético, hecho que conlleva al aumento de conocimiento por parte de la población diabética sobre cómo deben cuidarse los pies para prevenir complicaciones. Los indicadores demuestran una mejora en la cobertura de servicios dedicados a la prevención de esta patología.

En nuestra población diana hemos observado que hay un gran número de pacientes con riesgo moderado asociado principalmente a un desarrollo de la enfermedad mayor a 10 años, deformidades y callos plantares, tabaquismo y mal control glucémico (HbA1C>8%). Sería preciso mantener la continuidad de revisiones, incluso ampliar la población diana para seguir objetivando resultados.

Como punto de mejora podríamos haber incluido la posibilidad de que parte de la población no quisiera participar en el proyecto o no se lograra localizar. Estos indicadores reflejarían la predisposición de los pacientes para contribuir a mejorar su salud. También consideramos relevante dar cobertura al 100% de la población adulta, hecho que no hemos podido cumplir debido a los plazos temporales y a la presencia de gran población que presenta un riesgo moderado de pie diabético y que por tanto hemos tenido que revalorar a lo largo del mismo año.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1270 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1270

Título  
ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABETICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

Autores:  
GALINDO FAGO ADRIANA, GRACIA JARABO MIRIAM, MODREGO IRANZO DIANA, IBAÑEZ FORNIES MONICA, GOMEZ LLORENS CARMEN, BUENO TABERNERO ANTONIO, MELENDO BUENO MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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  
Según el programa de Atención Integral de Diabetes en Aragón, aproximadamente un 30% de los pacientes diabéticos padecen polineuropatía diabética, aumentándose su prevalencia según avanza el tiempo de evolución de la enfermedad. La neuropatía, con o sin isquemia asociada, está implicada en la fisiopatología de las úlceras por pie diabético en un 85-90% de los casos, mientras que la isquemia por angiopatía diabética lo hace entre el 40-50%.

Debido a la adopción de la Estrategia de diabetes en Aragón y a la reciente creación de consultas exclusivas para la valoración, seguimiento y evaluación del Pie Diabético en el Sector Calatayud y concretamente en el Hospital Ernest Lluch, se pretende con este proyecto, conocer la prevalencia de pie diabético en nuestra zona básica de salud y hacer un uso adecuado de esos recursos sanitarios con los pacientes que así lo precisen,



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1270

### 1. TÍTULO

#### ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS

aumentando de esta forma la calidad de vida de la población afectada y disminuyendo la prevalencia de complicaciones y el gasto asociados.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el porcentaje de revisiones del pie diabético en nuestra zona básica de salud.  
Disminuir la morbilidad por complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus.  
Aumentar el conocimiento sobre valoración, diagnóstico y tratamiento del Pie diabético de los profesionales de la Zona de Salud de Ateca.  
Potenciar la realización de la exploración neuroisquémica del pie en pacientes con diabetes en la Zona básica de Salud de Ateca para poder establecer el grado de riesgo de desarrollar complicaciones.  
Aprovechar las consultas destinadas a cribado de pie diabético para educar a la población sobre autocuidados y prevención de riesgos.  
Incrementar la implicación, aprendizaje y participación en el programa de cribado de pie diabético por parte de los profesionales de enfermería de la Zona de Salud de Ateca.  
Incrementar el porcentaje actual de coberturas del cribado y prevención de pie diabético en la población de riesgo.  
Generar dentro de las agendas de la consulta de enfermería un espacio dedicado exclusivamente a la realización de actividades preventivas y de detección precoz de lesiones diabéticas.  
Derivar a la consulta de enfermería de Pie diabético del Hospital Ernest Lluch a los pacientes cribados con pie de riesgo alto/ulcerado.

##### MÉTODO

Realización de sesiones clínicas sobre técnicas de exploración del pie.  
Búsqueda activa de pacientes.  
Revisión de cada una de las historias clínicas.  
Citación a los pacientes correctamente diagnosticados en consultas de enfermería exclusivas.  
Realización de las actividades de exploración y despistaje de pie diabético: inspección, exploración con diapasón, monofilamento e índice tobillo-brazo.  
Evaluación de indicadores y puesta en común de los resultados.

##### INDICADORES

Revisión Pie Diabético  
Periodo a analizar: 12 meses.  
Ámbito de aplicación: Todos los pacientes diabéticos, diagnosticados antes de los 12 últimos meses.  
Criterio de valoración: Existencia de prueba válida en el periodo indicado.  
Valores indicador:  
Rojo: Si no hay prueba.  
Verde: Si hay prueba.  
Diabetes - Pie de riesgo (%)  
Definición:  
Proporción de pacientes diabéticos = 15 años diagnosticados antes del periodo de evaluación con valoración del pie diabético de riesgo en el periodo de evaluación.  
Fórmula:  
Numerador (306A): Pacientes incluidos en el Denominador con valoración del pie diabético de riesgo (DGP 'V\_RIESGP') en el periodo de evaluación.  
Denominador (306A\_POB): Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.  
Valores indicador:  
Gris: Sin Revisión.  
Rojo: Riesgo Alto.  
Amarillo: Riesgo Moderado.  
Verde: Riesgo Bajo.  
Fuente:  
OMI-AP  
Diabetes - Conocimientos (%)  
Definición:  
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de Diabetes y registro de intervención por conocimientos deficientes en diabetes en el periodo de evaluación.  
Fórmula:  
Numerador (SERV\_306F): Pacientes incluidos en el Denominador con al menos un registro entre el 1-ene del año anterior y la fecha de cálculo en los DGP 'NA\_00126'=1 y ('RDS\_5602'=1 o 'CDC\_5612'=1 o 'CDC\_5614'=1 o 'CDC\_5616'=1).  
Denominador (SERV\_306A\_POB): Pacientes diabéticos (T90) = 15 años, diagnosticados antes del periodo de evaluación, con algún registro en el periodo de evaluación.  
Fuente:  
OMI-AP  
Observaciones:  
Los DGPs hacen referencia a: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES ('NA\_00126'), ENSEÑANZA: PROCESO ENFERMEDAD ('RDS\_5602'), ENSEÑANZA: ACTIV/EJERCICIO ('CDC\_5612'), ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA ('CDC\_5614') y ENSEÑANZA: MEDICAM. PRESCRITOS ('CDC\_5616').

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1270**

**1. TÍTULO**

**ACTIVIDADES PARA FAVORECER EL INCREMENTO DEL CRIBADO DE PIE DIABÉTICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN NUESTRA ZBS**

**DURACIÓN**

Primer cuatrimestre de 2019: integrar nuestra población diana y revisar sus historias clínicas y planes personales; puesta al día del tema y revisión de casos y contacto con pacientes para iniciar consultas de cribado de pie diabético.

Segundo y tercer cuatrimestre se realizarán consultas y reuniones de equipo periódicas para puesta en común de posibles dudas, incidencias o complicaciones.

Finales del tercer cuatrimestre: síntesis de datos obtenidos y realización de los indicadores propuestos.

**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 - 2019/1288

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FATIMA REMIRO SERRANO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ATECA  
· Localidad ..... ATECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES  
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO  
BORRAZ ABELLA JESUS  
PLO SERRANO ALBERTO JOSE  
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA  
HERRERO LONGAS RAUL  
GARCIA GRACIA RAQUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial (febrero 2019) con el equipo de mejora para presentar el proyecto, explicar su pertinencia, objetivos y actividades a realizar.

Se realiza una puesta en común sobre el riesgo de aparición de cuadros de fracaso renal agudo en pacientes con terapia Triple Whammy.

Se identifican a través del uso del cuadro de mandos de farmacia a los 69 pacientes que estarán incluidos en el proyecto. Se entregan a cada uno de los componentes del equipo de mejora el listado de pacientes de su cupo que son objetivo del proyecto.

Se establecen estrategias conjuntas, como la forma de comunicar al paciente la necesidad o no de un tratamiento analgésico/anti-inflamatorio de forma crónica (intentando el alivio de su sintomatología con otros fármacos más adecuados) o la consideración de la idoneidad de su tratamiento antihipertensivo.

Se establecen los indicadores a evaluar.

Se acuerda solicitar a los pacientes incluidos una determinación de su función renal, que se repetirá a los 6 meses al objeto de monitorizar su evolución.

- Reuniones periódicas trimestrales con el equipo de mejora para compartir cómo se va desarrollando el proyecto, identificar a través del cuadro de mandos de farmacia su progreso y afrontar las dificultades que puedan ir surgiendo.

- En la reunión trimestral de octubre se presentan ya datos fiables que aportan tendencias de resultados, estableciendo criterios de actuación para reconducir las desviaciones de los objetivos planteados.

- Reunión final de proyecto (enero 2020), donde se exponen los resultados obtenidos, los objetivos alcanzados, las medidas correctoras a implantar y el contenido de la memoria a presentar.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos obtenidos del cuadro de mando de farmacia y de la historia clínica OMI-AP.

Indicador 1: Pacientes con TW  
Pacientes en listado TW al inicio: 69  
Pacientes en listado TW al finalizar: 30  
Resultado: disminución del 56,52%  
(valor objetivo inicial: 50%)

Indicador 2: Revisión de idoneidad del tratamiento TW  
Pacientes revisados: 100%  
(valor objetivo inicial: 80%)

Indicador 3: Cobertura de determinación de función renal en pacientes con TW  
Pacientes en listado TW al inicio: 69  
Pacientes con determinación de su función renal: 36 (52,17%)  
(valor objetivo inicial: 50%)

Indicador 4: Mejora de la función renal  
Pacientes en listado TW al inicio: 69  
Pacientes con mejora de su función renal: 8 (11,59%)  
(valor objetivo inicial: 10%)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha supuesto para los componentes una excelente ocasión para afianzar el trabajo en equipo y una buena oportunidad para fortalecer las habilidades en el manejo de la información que aporta el cuadro de mandos y la historia clínica OMI-AP.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1288

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Los objetivos inicialmente propuestos han sido alcanzados con éxito, aunque es preciso mantener la continuidad en la captación de pacientes para seguir objetivizando los resultados del proyecto en la mejora de su función renal y su repercusión en la prevención de la aparición de posibles fracasos renales agudos derivados de la terapia TW. Se constata la necesidad de conservar esta dinámica de trabajo y desarrollarla en todos los indicadores de farmacia contemplados en el cuadro de mandos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1288 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1288

Título  
INTERVENCION EN LA ZONA BASICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

Autores:  
REMIRO SERRANO FATIMA, BLANQUEZ PUEYO MERCHE, DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO, BORRAZ ABELLA JESUS, PLO SERRANO ALBERTO JOSE, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, HERRERO LONGAS RAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Hay evidencias que apuntan a un aumento del riesgo de sufrir un episodio de fracaso renal agudo (FRA) por medicamentos en pacientes susceptibles y que son tratados simultáneamente con diuréticos, inhibidores del sistema renina angiotensina (IECAS o ARA II) y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluyendo los inhibidores de la COX-2, constituyendo una triada peligrosa. Esta triple combinación, y los efectos adversos que produce, se conoce como Triple Whammy (TW), "triple golpe o sacudida"  
En la última revisión del cuadro de mandos del EAP (febrero 2019) se han identificado 64 pacientes con esta triple combinación en la terapia, lo que indica la importancia de una intervención.

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

MÉTODO  
- Entrevista con el paciente para comunicarle la necesidad o no de un tratamiento analgésico-antiinflamatorio de forma crónica, o intentar el alivio de su sintomatología con otros fármacos más adecuados. Igualmente revisar el tratamiento antihipertensivo que sea más idóneo para cada paciente.  
- Analizar la idoneidad de la indicación de prescripción en cada uno de los casos y las alternativas terapéuticas que existen, empezando por la retirada de AINES.  
- Los pacientes que sigan con la triple terapia serán monitorizados de la función renal. Se monitorizará la función renal si no se dispone de valores de creatinina sérica, filtrado glomerular y coeficiente albúmina/creatinina en orina en los 6 meses previos, siempre y cuando ya estuviese en tratamiento con la triple combinación en ese momento. Si el paciente hace menos de 6 meses que lleva la triple combinación y no se dispone de los valores de función renal mencionados, también se monitorizará.

INDICADORES  
Indicador Nº 1: Pacientes con triple W.  
Definición: % de disminución de los tratamientos de triple combinación de IECA o ARA II o aliskiren con

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1288

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCIÓN EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA SOBRE PACIENTES EN RIESGO POR TRIPLE WHAMMY

diurético y AINE

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes en listado TW al FINAL del proyecto de mejora

Denominador: N° de pacientes en listado TW al inicio del proyecto

Valor a alcanzar: conseguir una disminución alrededor del 50%.

Indicador N° 2: Revisión de idoneidad del tratamiento TW

Definición: Porcentaje de pacientes a los que les ha realizado una revisión de idoneidad del tratamiento de TW

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes TW con la revisión de idoneidad de la misma.

Denominador: N° total de pacientes TW.

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Indicador N° 3: Cobertura de determinación de la función renal en pacientes con TW

Definición: porcentaje de pacientes que se les ha realizado al menos una determinación de función renal semestral

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes con TW y al menos una determinación de función renal semestral

Denominador: N° total de pacientes con TW.

Valor a alcanzar: objetivo 50%

Indicador N° 4: Mejora del 10% de la función renal

Definición: porcentaje de pacientes con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio.

Fórmula:

Numerador: N° total de pacientes con mejora en su FGR por encima de un 10% a lo largo del periodo de estudio.

Denominador: N° de pacientes con TW y al menos dos determinaciones de función renal en el periodo de estudio

Valor a alcanzar: objetivo 10%

#### DURACIÓN

Comunicación del proyecto de mejora por parte de los responsables a todos los componentes del EAP. Marzo 2019.

Identificación de los pacientes TW y reunión del grupo de mejora para asignar los pacientes y consensuar las

alternativas terapéuticas y de control. Marzo 2019

Citación del paciente en la consulta para la modificación de su pauta, en el caso de que esto sea posible, y

acordar analítica para valorar función renal. Abril a noviembre 2019

Cada responsable se hará cargo de los pacientes incluidos en su cupo.

Medición de los 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 - 2019/1460

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MERCEDES BLANQUEZ PUEYO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ATECA  
· Localidad ..... ATECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

REMIRO SERRANO FATIMA  
DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO  
BORRAZ ABELLA JESUS  
PLO SERRANO ALBERTO JOSE  
ORUE JUNGUITU ALMA MARIA  
HERRERO LONGAS RAUL  
GARCIA GRACIA RAQUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunión inicial (febrero 2019) con el equipo de mejora para presentar el proyecto, explicar su pertinencia, objetivos y actividades a realizar.

Se realiza una puesta en común sobre: la estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR, las indicaciones de tratamiento y los criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes en prevención primaria. Se identifican a través del uso del cuadro de mandos de farmacia a los 65 pacientes que estarán incluidos en el proyecto. Se entregan a cada uno de los componentes del equipo de mejora el listado de pacientes de su cupo que son objetivo del proyecto.

Se establecen estrategias conjuntas, como la forma de comunicar al paciente la pertinencia del uso de hipolipemiantes combinados en prevención primaria.

Se establecen los indicadores a evaluar.

Se acuerda revisar los resultados de perfiles lipídicos anteriores como posible refuerzo para la decisión de reconsiderar el tratamiento hipolipemiante.

- Reuniones periódicas trimestrales con el equipo de mejora para compartir cómo se va desarrollando el proyecto, identificar a través del cuadro de mandos de farmacia su progreso y proponer soluciones para afrontar las dificultades que puedan ir surgiendo.

- En la reunión trimestral de octubre 2019 se presentan ya datos fiables que aportan tendencias de resultados, estableciendo criterios de actuación para reconducir las desviaciones de los objetivos planteados.

- Reunión final de proyecto (enero 2020), donde se exponen los resultados obtenidos, los objetivos alcanzados, las medidas correctoras a implantar y el contenido de la memoria a presentar.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Datos obtenidos del cuadro de mando de farmacia y de la historia clínica OMI-AP.

Indicador 1: Pacientes con prescripción activa de hipolipemiantes combinados en prevención primaria en la Zona Básica de Salud Ateca

Número de pacientes en listado del indicador de farmacia al inicio: 65 (13,10%)

Número de pacientes en listado del indicador de farmacia al finalizar: 39 ( 8,50%)

Resultado: disminución del 40%

(valor objetivo inicial: 20%)

Indicador 2: Idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiante

Número de pacientes revisados: 100%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha supuesto para los componentes una excelente ocasión para afianzar el trabajo en equipo y una buena oportunidad para fortalecer las habilidades en el manejo de la información que aporta el cuadro de mandos y la historia clínica OMI-AP.

Los objetivos inicialmente propuestos han sido alcanzados con éxito, aunque es preciso mantener la continuidad en la revisión del hábito de prescripción mediante el uso del cuadro de mando de farmacia.

Muchas de las prescripciones combinadas en prevención primaria que quedan residuales son resultado de las generadas desde atención especializada, concretamente desde cardiología, seguramente al ser considerados pacientes de elevado riesgo que precisan de este tipo de tratamiento. En estas situaciones encontramos mucha resistencia en los pacientes a reconsiderar su tratamiento.

Se constata la necesidad de conservar esta dinámica de trabajo y desarrollarla en todos los indicadores de farmacia contemplados en el cuadro de mandos.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1460

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1460 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1460

Título  
ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

Autores:  
BLANQUEZ PUEYO MERCEDES, REMIRO SERRANO FATIMA, DE LORA NOVILLO PABLO ANTONIO, BORRAZ ABELLA JESUS, PLO SERRANO ALBERTO JOSE, ORUE JUNGUITU ALMA MARIA, HERRERO LONGAS RAUL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ATECA

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

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

**PROBLEMA**  
Revisados y valorados los últimos resultados de los indicadores de los Acuerdos de Gestión Clínica en nuestra zona básica de salud (febrero 2019), detectamos que existe un alto número de pacientes (61 pacientes) que tienen una doble prescripción de hipolipemiantes en prevención primaria.  
Las guías de práctica clínica (GPC), (Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias), establecen que las estatinas constituyen el tratamiento más eficaz y seguro para la reducción del c-LDL y la enfermedad cardiovascular (ECV). La estratificación individual del riesgo cardiovascular (RCV) es fundamental para decidir el inicio de tratamiento con estatinas. No es recomendable, por carecer de una evidencia sólida sobre su efectividad en variables clínicas y de seguridad, el uso rutinario en prevención primaria de ezetimiba, fibratos o ácidos omega-3 asociados a estatinas; su uso debería quedar limitado a pacientes de muy alto riesgo que no toleren las estatinas a las dosis recomendadas.  
Todo ello hace preciso una intervención que tenga como objetivo el adecuar este tipo de tratamientos a pacientes que tengan justificación clínica.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Objetivos generales:  
1 Detectar el número de pacientes que en prevención primaria están en tratamiento con fármacos hipolipemiantes combinados, con la finalidad de disminuir su utilización.  
Objetivos específicos:  
1 Revisar de forma individual la indicación de la prescripción en dichos pacientes, identificando el grado de RCV en prevención primaria y valorando la posible suspensión de uno de los fármacos de acuerdo con los criterios de las GPC.  
2 Identificar el número de pacientes en prevención primaria en tratamiento con estatinas y ezetimiba en monoterapia, valorando la idoneidad del hipolipemiente utilizado y si se ajusta a las directrices marcadas por las GPC, determinando el cambio si fuera necesario.  
Ámbito de aplicación: Pacientes en prevención primaria.  
Periodo a analizar: Prescripciones activas en la fecha de estudio (de febrero a diciembre de 2019)

**MÉTODO**  
- Reuniones con el grupo de mejora con objeto de marcar los indicadores a evaluar, conocer el número de pacientes incluidos en el estudio y establecer las indicaciones en prevención primaria de los hipolipemiantes, en monoterapia o terapia combinada.  
- Estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria.  
- Pautas, indicaciones y perfil de seguridad en el tratamiento, tanto en monoterapia como combinado.  
- Objetivos lipídicos de acuerdo con las GPC.  
- Indicaciones de tratamiento en prevención primaria: cambios en estilo de vida.  
- Criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes para el tratamiento de la dislipemia como factor de riesgo cardiovascular.  
- Reuniones con el Equipo para dar a conocer el inicio del estudio, su evolución y resultados finales.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1460

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO DEL USO DE HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ZONA BÁSICA DE SALUD ATECA

##### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción activa de hipolipemiantes combinados en prevención primaria sobre el total de pacientes con prescripción activa de cualquier hipolipemiente en prevención primaria.
- Numerador: CIA distintos [con prescripción activa de [estatinas (C10AA\*, C10BX\*) más (fibratos (C10AB\*) o resinas (C10AC\*) o triglicéridos omega-3 (C10AX06) o ezetimiba (C10AX09))] o [estatinas en asociación (C10BA\*)]] y [sin código CIAP de angina (K74) o IAM (K75) o enfermedad cardíaca arterioesclerótica (K76) o accidente cerebrovascular/ictus (K90)].
  - Denominador: CIA distintos [con prescripciones activas de hipolipemiantes (cualquiera de los fármacos del numerador aunque sea en monoterapia)] y [sin código CIAP K74 o K75 o K76 o K90].
  - Estándar: El valor ideal del indicador sería tendente al 0%. Los rangos se establecerán en función de los percentiles de los CIAS de Aragón.
  - Limitación: En pacientes con hipercolesterolemia primaria podría estar indicado el uso de la combinación de estatinas más ezetimiba.
- Listados por CIAS: Pacientes con prescripciones activas de tratamientos combinados en prevención primaria
- Se evaluará la idoneidad de la prescripción del tratamiento hipolipemiente y la necesidad de su modificación o suspensión en caso necesario.
  - Objetivo: disminuir 20%
  - Fuente de datos: Cuadro de mandos de Farmacia.

##### DURACIÓN

- Presentación del proyecto: reunión con el EAP. Fecha prevista: Marzo 2019
- Sesión clínica: estimación individual y cálculo del RCV con tablas SCORE y REGICOR en pacientes en prevención primaria, indicaciones de tratamiento en prevención primaria y criterios de utilización de fármacos hipolipemiantes. Fecha prevista: marzo 2019
- Sesión clínica: tratamiento con estatinas y objetivos lipídicos según las guías de la ESC 2016. Abril 2019
- Inicio del proyecto: Abril 2019
- Plan de información continuada sobre la evolución del proyecto (dificultades, dudas,...). Septiembre a noviembre 2019
- Finalización del proyecto: 31 diciembre 2019
- Evaluación del proyecto: enero 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 - 2019/1166

### 1. TÍTULO

#### GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS LOPEZ FELEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Básicamente, se ha llevado a cabo sendas auditorias de historias clinicas en 2 momentos concretos: mayo y octubre 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el primer corte de mayo 2019 se objetivó una incidencia media del 2.56%, con una variabilidad de 0-5,35% entre cupos. Puede tener una explicación, dada la variabilidad de rangos de edad que cada médico tiene adscritos al cupo: a mayor edad media, más probabilidad de ser la incidencia de diabetes más elevada. Esta tendencia se mantuvo en el siguiente corte de octubre, donde la incidencia media pasó a ser del 1.64%, con una variabilidad similar, desde un 0% a un 5,05%.

En cuanto al número de pacientes diagnosticados de novo de diabetes mellitus, en el primer corte de mayo fueron 23. Revisando historia a historia, pudimos comprobar que se cumplían nuestro objetivo en un 100%. En realidad, había 5 pacientes que estaban recibiendo medidas higiénico-dietéticas, como paso previo a la metformina, y otros 5 pacientes que no cumplían dichos estándares. Pero en todos ellos la prescripción había sido "ajena" a los profesionales del centro de salud: el 1º provenía la prescripción de otra Comunidad Autónoma, se trataba de un paciente trasladado, 1 provenía de un Endocrinólogo privado, otra de un Endocrinólogo del centro de especialidades, y en los 2 restantes se inició tratamiento con asociación de idPP4 y metformina por presencia de HbA1c >10%.

En el segundo corte hubo cambios. Nuestro grado de cumplimiento del objetivo prefijado bajó a 85,72%: se detectaron 2 casos (de un total de 14 nuevos diabéticos en dicho periodo mayo-octubre) donde la prescripción no se ajustó a los estándares de calidad.

De igual manera, hubo 1 caso donde se estaban llevando a cabo medidas higiénico-dietéticas, otros 3 casos más, "ajenos" nuevamente al centro de salud: 1 provenía de Endocrinólogo privado, otro de Endocrinólogo del centro de especialidades, y otro más donde se optó por iniciar tratamiento con insulina al tener una HbA1c >10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusiones podemos extraer varias:

1.- Objetivo de estándares de calidad de prescripción de metformina como 1er escalón en el manejo farmacológico de la diabetes mellitus, conseguido.

2.- Existe una marcada variabilidad en cuanto a la incidencia de diabéticos de cada cupo. Si bien podría justificarse por razones de edad media, habría que valorar en qué grado cada médico indaga y solicita determinaciones de HbA1c en pacientes con glucemia basal alterada.

3.- Hemos detectado problemas en la relación médico-paciente de índole ético: ¿hasta qué punto debemos "asumir" o consentir prescripciones que vienen realizadas desde especialistas de otro ámbito, y de las cuáles no estamos de acuerdo?

4.- ¿Debería iniciarse tratamiento con metformina en asociación en pacientes cuya HbA1c al inicio sea >8.5%, y no cumplan criterios de insulinización? Es lo que trata de averiguar el reciente estudio COMPOSIT-M, donde se ha objetivado un mayor % de pacientes que alcanzan HbA1c objetivo, en comparación con cohorte que únicamente tomaba metformina.

La explicación de ello es que la metformina tiene potencial para disminuir HbA1c en 1.5% aproximadamente, y en los casos que parten de una HbA1c >8.5%, tarde o pronto se termina asociando un 2º fármaco, por lo que al iniciar la doble terapia de inicio, "ganamos" tiempo a las complicaciones micro y macrovasculares de la propia diabetes.

En nuestro estudio estudio, se daba el caso de 1 único paciente, pero merece reseñarlo, dada la tendencia actual de las investigaciones.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1166 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1166

Título  
GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1166

### 1. TÍTULO

#### GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE METFORMINA EN MONOTERAPIA EN CASOS NUEVOS DE DIABETES TIPO 2

##### DIABETES TIPO 2

**Autores:**  
LOPEZ FELEZ CARLOS, GARCIA TENORIO ANDRES, BLAZQUEZ GIRON PILAR, CHUECA GORMAZ ISABEL, CANO HERRERO GEORGINA, NAVARRO TEJERO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

##### TEMAS

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

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

##### PROBLEMA

La metformina es el fármaco de elección para iniciar tratamiento en diabetes tipo 2 sin complicaciones y preferentemente en aquellos que poseen sobrepeso. Puede administrarse solo o en combinación con otros antidiabéticos orales o insulina. En este momento su uso en monoterapia en los pacientes diabetes de reciente diagnóstico es uno de los criterios estratégicos de nuestro acuerdo de gestión.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre su uso en monoterapia en casos nuevos de diabetes tipo 2 con IMC >25. Se excluirán aquellos casos en los que por sus complicaciones se precisen tratamientos más intensivos de entrada.

##### MÉTODO

- 1.- Realizar reunión para informar al equipo de dicho proyecto.
- 2.- Solicitar listado a cada médic@ de los pacientes diabéticos con sobrepeso de reciente diagnóstico o que debuten o se confirme su diabetes entre los meses de enero-agosto.
- 3.- Realizar auditoría en los meses de mayo y septiembre para confirmar el número de estos casos que han recibido de entrada tratamiento con monoterapia con metformina.

##### INDICADORES

Definición: Diabéticos tipo 2 con sobrepeso a los que se ha iniciado tratamiento en monoterapia con metformina.  
Formula: Diabéticos tipo 2 con sobrepeso a los que se ha iniciado tratamiento en monoterapia con metformina / total de diabéticos con sobrepeso nuevos.  
Valor a alcanzar: >70%

##### DURACIÓN

Fecha prevista 1er corte: mayo 2019  
Fecha prevista 2º corte y realización de informe y conclusiones: septiembre - octubre 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 - 2019/1169

### 1. TÍTULO

#### FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

Fecha de entrada: 26/12/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROSARIO TORCAL CASADO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
DE LA FUENTE SANJUAN ANA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Presentación del proyecto a los profesionales del Centro de Salud, mediante una presentación Power Point encaminada a la captación y seguimiento de los posibles candidatos para ATAO  
2-Creación de una agenda para la citación a estos pacientes cuya gestión corre a cargo de la responsable de formación de dicho proyecto.  
3-Elaboración de una presentación para los pacientes y de distintos documentos relacionados con el tema :Consentimiento informada, documento de prestamo de cogulometro, hoja de derivacion a consulta de AP para su seguimiento, recomendaciones.  
4-Información de una aplicación de movil para hacer un seguimiento de los pacientes en ATAO desde la consulta de AP de manera no presencial.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-Se ha informado y formado para el seguimiento, de estos pacientes, a todos los miembros del CS Calatyud Norte.  
2-En cuanto a la formación de pacientes, se ha impartido a un paciente con TAO en una sola sesión de tres horas de duración, tras la cual, y tras haber rellenado el consentimiento informado decide seguir con la modalidad anterior( Cintrol de TAO en la consulta de AP).  
-Se ha impartido formación a otro paciente, ya en modalidad ATAO,sobre la aplicación de Taonet en movil,para poder realizar su seguimiento desde la consulta de manera no presencial.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a que es un sector con una población bastante envejecida, es dificil captar candidatos para esta modalidad de ATAO, a pesar de ello es una actividad que se seguirá ofertando a traves de la agenda creada para éste proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1169 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1169

Título  
FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE, EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

Autores:  
TORCAL CASADO MARIA ROSARIO, DE LA FUENTE SANJUAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD NORTE

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

En los últimos años numerosos ensayos clínicos han demostrado la utilidad de los ACO en nuevas indicaciones, lo que ha originado un aumento considerable de los pacientes anticoagulados.  
Por las características de éste tratamiento, las mejoras en la calidad del control producen una reducción en la incidencia de complicaciones hemorrágicas y eventos tromboembolíticos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1169

### 1. TÍTULO

#### FORMACION Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE EN AUTOCONTROL DE COAGULACION

El autocontrol proporciona a los pacientes importantes ventajas como son la posibilidad de realizar los controles en casa sin necesidad de trasladarse al centro sanitario, disminuyendo la demanda de los profesionales sanitarios, la mejora de la calidad de vida, el aumento de la autonomía, la mejor conciliación con la vida laboral pero sobre todo le permite aumentar la frecuencia de los controles y como consecuencia detectar desajustes en dosis y así evitar complicaciones secundarias al tratamiento.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1-Formacion a los profesionales responsables de controlar al paciente en autocontrol de coagulación.
- 2-Capacitar al paciente para ser capaz de interpretar los resultados de INR
- 3-Adiestrar a los pacientes para que los cambios de dosis los realicen correctamente.
- 4-Aprender a identificar situaciones clínicas que precisen asistencia médica.

#### MÉTODO

La actividad se llevara a cabo por una enfermera, ya formada con anterioridad que se ocupara de:

1. Formación de los profesionales que van a realizar el seguimiento del paciente en autocontrol.
2. Formación de los pacientes

La formación de los pacientes se realizará en dos sesiones de dos horas de duración cada una, con una periodicidad de una al mes en grupos máximo de cuatro personas ; con un contenido teórico y uno práctico.

#### Contenido teórico:

Hemostasia que es y como funciona  
Mecanismo de funcionamiento de los anticoagulantes  
Indicación de los AVK  
Concepto de INR y rango terapéutico  
Coagulometro y diario del anticoagulado

Ajustes de dosis  
Situaciones especiales  
Recomendaciones generales

#### Contenido práctico:

Técnica de punción capilar  
Funcionamiento del coagulometro  
Manejo de niveles  
Uso del diario

Suministro de material

Seguimiento del paciente : la primera revisión al mes en la consulta de autocontrol y las siguientes cada 6 mese en su enfermera correspondiente.

A los pacientes al final de la formación se le realizará un test de conocimientos, debiendo superarlo al menos con un 80por ciento de aciertos

#### INDICADORES

INDICADOR 1-Profesionales formados

Definición: %de profesionales que han recibido formación en autocontrol de ACO  
n° de profesionales formados (Med y Enf)

n° Total de profesionales

EXCEPCIÓN-Profesionales de pediatria

Valor a alcanzar 100%

INDICADOR 2-Formacion de los pacientes.

Definición -% de pacientes que superen el test de conocimientos con un 80% de aciertos

N° de pacientes que superen el test con un 80% de aciertos

N° total de pacientes formados

Valor a alcanzar 60%

#### DURACIÓN

Junio-Formación de profesionales

Julio-Comenzar con la captación de pacientes y ajustar los grupos de la formación a la demanda.

#### 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 - 2019/1228

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE LAFUENTE GONZALEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR  
JABBOUR NEEMI ISSA  
HIDALGO NAVARRO MARIA ANGELES  
ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION  
GISTAS QUILLEZ MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Marzo del 2019 se procede a la creación de un grupo de trabajo de profesionales de Atención Primaria C.S. Calatayud Norte y C.S. Calatayud Sur, interesados en la implantación de la consulta de ecografías en Atención Primaria.

Dichos profesionales han recibido formación a través del Sistema Aragonés de Salud en colaboración con el IACS. El objetivo de la integración de esta prueba complementaria es alcanzar el mejor grado de correlación entre anamnesis, clínica y ecografía. El médico de Atención Primaria gracias a su contacto continuado con el paciente tiene un amplio conocimiento del enfermo y de su entorno además en este nivel asistencial es posible abordar la enfermedad en los estadios tempranos de su evolución.

A finales de Marzo se crea la agenda de ecografías en Atención Primaria para la citación de los pacientes de ambos equipos, contando con dos días semanales de consulta, con 3 pacientes cada día. A partir de Diciembre 2019 debido a traslados de profesionales a otros sectores sanitarios, se ha reducido a un día a la semana.

Se realiza una sesión clínica informativa a todos los profesionales de C. S. Calatayud Norte y Sur en el que asisten 70% de los profesionales y se les informa:

Circuito de solicitud de ecografías en OMI-AP, instrucciones de cómo se debe realizar la interconsulta en AP para poder visualizar las imágenes en historia clínica electrónica .

Indicaciones para la preparación ecográfica correcta,

Dado que la ecografía aborda el diagnóstico de diversas patologías, se consensuan los motivos de derivación más prevalentes en A.P:

- Sospecha de cólico biliar,
- Sospecha de cólico renal,
- Sospecha de hipertrofia benigna de próstata
- Seguimiento de quiste renal o hepático simple
- Estudio aumento de transaminas
- Estudio hematuria o microhematuria
- Sospecha nódulo tiroideo y seguimiento de nódulos tiroideo.
- Alteración analítica Hormonas tiroideas
- Sospecha aneurisma abdominal.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La creación de la agenda de ecografía en Atención Primaria y la existencia de un protocolo de derivación para los profesionales de Atención Primaria de las patologías más prevalentes ha permitido acercar esta herramienta diagnóstica de primer orden. Ha permitido confirmar sospechas diagnósticas con un gran beneficio tanto el paciente como para el sistema sanitario.

Los profesionales de ambos equipos han ido progresivamente a lo largo 2019 aumentando el número de peticiones, incorporándola a la Cartera de Servicios de Atención Primaria de ambos equipos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de esta prueba complementaria en los equipos de Atención Primaria ha sido aceptada satisfactoriamente tanto por los profesionales como por los pacientes. En un futuro se espera incrementar la agenda de ecografía con mayor número pacientes diarios así como el número profesionales formados en dicha técnica para que termine convirtiéndose en una práctica clínica habitual.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1228 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1228

Título  
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1228

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA EN C.S.CALATAYUD NORTE Y SUR

Autores:  
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, ISSA JABBOUR NEEMI, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, HIDALGO NAVARRO MARIA ANGELES, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PACIENTES  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos: .....

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

#### PROBLEMA

DESDE EL AÑO 2018 DISPONEMOS EN EL CENTRO DE SALUD DE UN ECÓGRAFO PARA EL APOYO DIAGNÓSTICO CLINICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.  
LA ECOGRAFÍA ES UNA PRUEBA SEGURA, RÁPIDA, FIABLE, INOCUA Y NO INVASIVA, BIEN TOLERADA POR EL PACIENTE, DE RELATIVO BAJO COSTE .CADA VEZ SE UTILIZA MAS COMO METODO DE APOYO EN LAS CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA

#### RESULTADOS ESPERADOS

-PONER EN MARCHA LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL C.S.CALATAYUD  
-INCREMENTAR LA ACCESIBILIDAD EN LA ECOGRAFIA EN ATENCION PRIMARIA

#### MÉTODO

1- CONSTITUIR UN GRUPO DE TRABAJO  
2- CREAR CONSULTA Y AGENDA DE CITACIÓN DE ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.  
3- ELABORAR UN PROTOCOLO DE DERIVACION DE LOS PACIENTES  
4- PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD NORTE Y SUR.

#### INDICADORES

1- CREACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO: SÍ O NO.  
2- ELABORACIÓN DE LA AGENDA DE ECOGRAFÍA EN AP: SÍ O NO  
3- DESARROLLO DEL PROTOCOLO DE DERIVACION : SÍ O NO.  
4- PORCENTAJE DE PROFESIONALES QUE ASISTEN A LAS SESIONES CLÍNICA DE LA PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO.  
VALOR A ALCANZAR: 50%  
LIMITE SUPERIOR:80%  
LIMITE INFERIOR: 40%

#### DURACIÓN

GRUPO DE TRABAJO:MARZO 2019  
CONSULTA Y AGENDA DE CITACION:MARZO 2019  
SESION INFORMATIVA:MAYO 2019  
CITACION DE PACIENTES: DE JUNIO A DICIEMBRE 2019

FECHA PREVISTA DE FINALIZACIÓN:DICIEMBRE 2019  
EVALUACIÓN FINAL 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 - 2019/1213

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MUJERES +45

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE RAMON DEL CARMEN  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO  
ELIAS GAVILANES MERCEDES  
GIMENO CALVO SONIA  
LATORRE RUIZ CRISTINA  
MURO CULEBRAS MARIA  
TORRIJO SOLANAS ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CAPTACIÓN de la población diana del programa: Se realiza una captación oportunista en las consultas del Centro de Salud junto a la captación mediante carteles informativos en los paneles de anuncios del centro con los días de impartición, horario, actividades a realizar y profesionales del equipo encargadas de la sesión.

DESARROLLO del programa: Se realizan un total de 6 sesiones grupales, una sesión por semana, de dos horas de duración, de 9,30-11,30 h, todos los viernes, en el Centro de Salud de Illueca, con la participación activa de varios miembros del equipo (medicina, enfermería, fisioterapia). Para la impartición de las sesiones se utilizaron diapositivas en Open Impress, uso de escalas para la valoración pre y post-intervención, material divulgativo de interés, papel y boli para las dinámicas de grupo.  
El esquema de desarrollo de sesiones fue el que sigue:

Sesión 1. "AUTOCONOCIMIENTO. INICIANDO UNA NUEVA ETAPA LLENA DE OPORTUNIDADES".

Fecha: 02/10/2019

Imparten: María José Ramón (matrona) y Mercedes Elías (médica).

Contenido:

Presentación del grupo de mujeres +45: Contenido y objetivos.

Cumplimentación de la Encuesta de conocimientos sobre el climaterio de García Padilla. Encuesta validada de 56 preguntas dicotómicas (Encuesta pre-intervención)

Cumplimentación de la Escala Cervantes para la valoración de la calidad de vida en mujeres climatéricas. Escala validada de 31 ítems.

Dinámica "¿Qué me ha hecho llegar hasta aquí? ¿Qué es lo que espero del grupo?" Se dejan breves minutos de reflexión para anotar en un papel motivaciones y expectativas respecto al grupo de salud. Recogida anónima de resultado de la práctica. Puesta en común de aquellas mujeres que voluntariamente quieran compartir con el resto del grupo sus inquietudes.

Información general sobre climaterio, menopausia y postmenopausia. Despatologización de los procesos femeninos. Vivencias según culturas. Mensajes sociales. Testimonios. Conceptos. Signos y síntomas. Alivio del síndrome climatérico.

Osteoporosis. Evaluación del riesgo de osteoporosis. Factores modificables y prevención.

Factores de riesgo ginecológico. Factores modificables.

Revisiones ginecológicas en una mujer sana y de bajo riesgo.

Signos de alarma.

Redes sociales y páginas web oficiales de utilidad.

Entrega de registros dietéticos semanales para cumplimentar individualmente a lo largo de la semana y realizar una valoración nutricional en la siguiente sesión.

Sesión 2. "MOVERSE HACIA LA SALUD Y COMERSELA".

Fecha: 09/10/2019

Imparten: María José Ramón (matrona) y Consuelo San Miguel (médica).

Contenido:

Nutrición como prevención y tratamiento de la enfermedad. Dieta mediterránea. Repaso de grupos alimentarios.

Raciones diarias/semanales recomendadas. Prebióticos y probióticos. Hidratación. Pirámide de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Plato de Harvard. Equilibrio emocional y alimentación consciente.

Práctica: Evaluación de registros dietéticos elaborados a lo largo de la semana según recomendaciones dietéticas. Decálogo nutricional del climaterio.

Ejercicio físico recomendado. Beneficios generales y en climaterio. Beneficios de ejercicio físico al aire libre. Pirámide de actividad física de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).

Hábitos tóxicos y deshabitación.

Obesidad. Dislipemias.

Riesgo cardiovascular.

Entrega de material informativo:

Listado de alimentos ricos en calcio y vitamina D.

Resumen de las guías alimentarias de la SENC, 2016.

Sesión 3. SUELO PÉLVICO.

Fecha: 16/10/2019

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MUJERES +45

Imparten: María José Ramón (matrona) y Sonia Gimeno (fisioterapeuta)

Contenido:

Información general sobre suelo pélvico. Concepto de suelo pélvico y CORE. Factores de riesgo para un suelo pélvico débil. Factores modificables y herramientas de corrección.  
Prolapsos. Tipos. Signos y síntomas.  
Incontinencia. Tipos. Medidas higiénico-dietéticas.  
Rehabilitación del suelo pélvico. Técnicas y dispositivos de ayuda disponibles para los prolapsos e incontinencia.  
Aplicaciones informáticas de utilidad para el entrenamiento ambulatorio de suelo pélvico.  
Taller de fisioterapia: Introducción a ejercicios hipopresivos. Ejercicios de Kegel. Knack perineal.

Sesión 4. SALUD VAGINAL Y SALUD SEXUAL. María José Ramón (matrona).

Fecha: 23/10/2019

Imparte: María José Ramón (matrona)

Contenido:

Concepto de salud vaginal. Microbiota vaginal y cambios en climaterio. Prebióticos y probióticos en la dieta. Vulvovaginitis atróficas, infecciosas y alérgicas e irritativas. Signos de consulta y manejo mediante medidas higiénico-dietéticas. Tratamientos disponibles.  
Sexualidad en el climaterio y menopausia. Sexualidad sana. Factores influyentes en la sexualidad. Manejo de alteraciones más frecuentes: Trastorno de deseo sexual hipoactivo, trastorno de excitación, trastornos en el orgasmo, dispareunia  
Anticoncepción en el climaterio.  
Taller: Productos disponibles para mejorar la salud sexual y vaginal.

Sesión 5. EMOCIONES. HIGIENE DE SUEÑO. AUTOIMAGEN, AUTOESTIMA. ESTRÉS. GÉNERO.

Fecha: 30/10/2019

Imparten: María José Ramón (matrona) y Cristina Latorre (enfermera).

Contenido:

Sueño y salud. Creencias y actitudes saludables sobre el sueño. Concepto de insomnio. Educación sobre higiene de sueño. Control de la respiración para facilitar el sueño.  
Salud emocional. Factores influyentes en la menopausia. Aceptación de los cambios. Autoimagen, autoestima, motivación. Relaciones de pareja sanas. Síndrome de nido vacío.  
Educación en género: Género y sociedad. Reparto de tareas domésticas. Taller: "Familia y reparto de tareas".  
Registro autocumplimentable para analizar el reparto de tareas domésticas. Violencia de género.  
Herramientas para una buena salud emocional. Técnicas para la gestión de estrés.  
Taller de Mindfulness. Iniciación.

Sesión 6. PASEO y PICNIC DE RECETAS SALUDABLES.

Fecha: 06/11/2019

Imparten: María José Ramón (matrona), Sonia Gimeno (Fisioterapeuta), Roberto Torrijo (Enfermero del Centro de Salud y vecino de Illueca que orienta en el paseo por sendero natural).

Contenido:

Paseo por el entorno con parada para realización de ejercicios aprovechando beneficios del sol.  
Picnic de alimentos saludables elaborados según las recomendaciones dietéticas saludables. Foro de experiencias como actividad final del grupo de salud.  
Paso de cuestionario post-intervención. Encuesta de conocimientos sobre el climaterio de García Padilla.  
Entrega de material final:  
Guía "Oportunidades de mejora en la salud. Grupo +45". Guía resumen de consulta de los conocimientos clave aprendidos durante las sesiones.  
Diploma de asistencia al grupo. Diploma simbólico, recuerdo de la experiencia grupal.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para conocer los resultados alcanzados con el presente programa, se ha recogido el nivel de asistencia a este, la satisfacción, el grado de conocimientos pre y post-intervención y la calidad de vida referida antes y después del proyecto.

Asistencia al programa:

Se realiza recogida de firmas en cada una de las sesiones como fuente de obtención del nivel de asistencia. De las 18 mujeres incluidas en el grupo inicialmente, se presentan 14 mujeres al programa. El resto no realizan ninguna sesión y no argumentan causa justificada de su ausencia por lo que se excluyen del seguimiento. Se recorda una información deficiente de la convocatoria a la primera sesión y restantes puesto que se realiza un recordatorio telefónico individualizado para asegurar su asistencia.

De las 14 mujeres que componen finalmente el grupo inicial:

Acuden a las 6 sesiones (100% de las sesiones): 3 mujeres

Acuden a 5 sesiones (83,3% de las sesiones): 6 mujeres (justifican ausencia de la sesión restante).

Acuden a 4 sesiones (66,6% de las sesiones): 2 mujeres (justifican ausencia de las dos sesiones restantes)

Acuden a 3 sesiones (50% de las sesiones): 0 mujeres

Acude a 2 sesiones (33,3% de las sesiones); 1 mujer (justifica ausencia al resto de sesiones. Por inicio de



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MUJERES +45

nuevo trabajo solo pudo asistir a las dos primeras sesiones). Se considera pérdida.  
Acude a 1 sesión (16,6% de las sesiones): 2 mujeres (no justifican ausencia). Se consideran pérdidas.

Cabe reseñar que en la programación de las sesiones no se tuvo en cuenta la posible ausencia de mujeres de Brea de Aragón a la segunda sesión, el día 9/10/19, ya que coincidía con las fiestas patronales de dicha localidad, justificando anticipadamente algunas de ellas su ausencia por este motivo.  
Según la asistencia a las sesiones registrada, por la justificación de las ausencias y por la actitud proactiva en repetir en próximos grupos aquellas sesiones en las que las mujeres se han ausentado, podemos afirmar que la asistencia al grupo ha sido satisfactoria.

#### Satisfacción:

En la última sesión se pasa una encuesta de satisfacción a las mujeres presentes que consta de 8 ítems con respuesta en escala del 1 al 10 siendo 1 nada de acuerdo y 10 muy de acuerdo. Se recibe respuesta de 8 mujeres.

#### Respecto a la valoración global del curso:

Los conocimientos adquiridos serán útiles para la vida de las participantes con una puntuación media de 9,6/10. Todas las mujeres recomendarían a otras mujeres que asistiesen a la actividad con una puntuación media de 9,7/10. Todas las mujeres están satisfechas con el grupo con una puntuación media de 9,9/10.

En la encuesta de satisfacción se incluye la posibilidad de realizar observaciones, comentarios y sugerencias, puesto que este apartado facilita puntos de mejora o de refuerzo para las próximas ediciones. Entre ellas, encontramos el deseo de repetir el grupo, la sugerencia de que sea realizado en más ocasiones así como las sensaciones de haber resultado interesante y de haber incrementado los conocimientos. Como observación se apunta el deseo de tener más tiempo de diálogo.

#### Evaluación de conocimientos.

Para la evaluación de conocimientos se utiliza la Encuesta de conocimientos sobre el climaterio de García Padilla. El nivel de conocimiento queda definido como la puntuación obtenida en un test de 56 preguntas dicotómicas elaborado sobre este marco conceptual y validado para tal fin. Los valores que esta variable puede adoptar oscilan entre 0 y 56 puntos, estableciéndose, según criterio de las investigadoras, 5 categorías o niveles: muy bajo (0-10 puntos), bajo (11-20 puntos), medio (21-36 puntos), alto (37-46 puntos) y muy alto (47-56 puntos). Las mujeres que completan la encuesta pre-intervención y la encuesta post-intervención son 8. En la encuesta pre intervención se obtiene un nivel grupal medio (34/56 puntos), resultando tras el programa un nivel grupal alto (41/56) incrementándose una media de 7 / 56 puntos en el grupo. 7 de cada 8 mujeres aumentan la puntuación en sus conocimientos, incluso ascendiendo de un nivel de conocimientos de medio a alto 3 de las 8 mujeres. Como nuestro indicador de evaluación se estableció en que un 60-70 % de las mujeres participantes aumentarían conocimientos, este objetivo ha sido alcanzado con el programa.

#### Evaluación de la calidad de vida.

Para evaluar la calidad de vida de las mujeres se utiliza la Escala Cervantes, escala validada de 31 ítems. La puntuación mínima de la escala es 0 y la máxima es de 155 (de mejor a peor calidad de vida). Nuestro objetivo, por tanto, consistiría en reducir la puntuación de las mujeres participantes en nuestro programa. Se reciben 9 encuestas, siendo válidas solo 8 puesto que una de ellas posee >3 ítems sin contestar y es descartada. 7 de 8 mujeres participantes del proyecto puntúan menos en la escala Cervantes, siendo 15 puntos la puntuación media que consiguen reducir. Además 5 de 8 mujeres participantes (el 62,5%) consiguen disminuir la puntuación de la Escala Cervantes en más de un 20%. Como nuestro indicador de evaluación se estableció en que un 50-60 % de las mujeres participantes disminuirían más de un 20% de puntuación en la Escala Cervantes, este objetivo ha sido igualmente alcanzado con el programa.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Según la pirámide de población del año 2018, la mayor parte de la población femenina aragonesa, se encuentra en las franjas de edades comprendidas entre los 40 y los 55 años. Ello supone una mayor demanda de los servicios de atención al climaterio tal y como se viene observando en la consulta de la matrona. Es por esa necesidad sentida y por la similitud en las inquietudes que las mujeres manifiestan en consulta que se decide poner en marcha el proyecto.

Los contenidos del grupo + 45 son ambiciosos puesto que tratan de modo completo diversos aspectos en la esfera de la mujer climatérica. Es por ello que, a percepción de las mujeres, no ha faltado ningún tema por tratar que considerasen necesario. No obstante, el tiempo disponible sí supone una limitación en el desarrollo del programa porque reduce los espacios de diálogo y conversación del grupo. Para la corrección de este punto de mejora resulta imprescindible tener en cuenta las especiales dificultades de asistencia por motivos laborales en nuestra zona. Es por ello que para próximas ediciones habría que considerar establecer una hora más por

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MUJERES +45

sesión contemplando un descanso entre medio.

En la planificación del cronograma, los festivos locales deberán ser contemplados debido a la alta participación en los actos festivos en las poblaciones rurales.

A favor de la continuidad del proyecto, algunas de las mujeres que justifican su ausencia a alguna sesión, solicitan poder asistir al siguiente grupo que se constituya para recuperar la/s sesión/es a la/s que no pudieron asistir para completar así el programa y ampliar conocimientos impartidos en la sesión en la que se ausentaron. Igualmente se recibe la propuesta de realizar el mismo grupo en Brea de Aragón, para que puedan realizarlo más mujeres que decidieron no desplazarse hasta el Centro de Salud de Illueca.

Respecto al paso de la encuesta de conocimientos y de la escala Cervantes pre-intervención, podría ser adecuado el facilitarla antes de iniciar la primera sesión, puesto que es un tiempo que puede ser aprovechable para el grupo. El estudio de la variación en la calidad de vida mediante la evaluación de la Escala Cervantes tras la intervención se adelanta un mes antes de lo previsto en la planificación con el objeto de finalizar el proyecto y cerrar la memoria, lo que podría suponer una infraestimación de la mejora de calidad de vida, puesto que algunos ítems pueden requerir más tiempo para su mejoría con el cambio de autocuidados.

De las dinámicas realizadas en el grupo destaca por su acogida y alta participación en su cumplimentación y autocorrección la práctica de registros dietéticos semanales, la cual sirve para sensibilizar a cerca de la calidad de nuestra alimentación y de los posibles puntos de mejora. Este hecho resulta importante, puesto que la mayoría de las mujeres del grupo se consideraban como responsables de la planificación de la alimentación de sus hogares. A su vez, resulta muy esclarecedora respecto al reparto desigual de roles de género la dinámica sobre tareas domésticas, que trata de cuantificar quién de los miembros de la familia realiza cada una de las tareas del hogar, observándose una sobrecarga en el grupo de mujeres participantes.

El trabajo en equipo y la colaboración cercana y continua entre los Equipos de Atención Primaria y las Unidades de Apoyo (Matronas y Fisioterapia) queda plasmada en la creación de este grupo de mujeres. El desarrollo del proyecto ha resultado altamente satisfactorio para todas las miembros del equipo de Atención Primaria implicadas. Todo proyecto de mejora supone una revisión de conocimientos, que a su vez han de ser adaptados a un lenguaje divulgativo si son impartidos a la población, lo que se traduce en reto e ilusión para todos los participantes del programa. Con el desarrollo de esta actividad, hemos acercado una vez más nuestro centro de salud a la población que atiende. Debido a la alta renovación de profesionales sanitarios en los últimos procesos de adjudicación de plazas y de movilidad, el proyecto será presentado de nuevo al nuevo EAP puesto que la intención de la coordinadora del proyecto es el repetirlo en la misma Zona Básica de Salud y, a ser posible, en otras zonas pertenecientes al sector Calatayud.

Tanto las actividades de educación grupal como la atención a los problemas de la mujer en el climaterio son dos ofertas de la cartera de servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón. La búsqueda de un plan estandarizado de sesiones grupales que resulte eficiente en cuando al incremento de los conocimientos, el aumento de la calidad de vida y la mejora en la autopercepción de la mujer ha de ser un punto clave en la atención al climaterio de nuestra comunidad. Este proyecto de mejora de calidad podría abrir una nueva línea de investigación consiguiendo una muestra representativa y con resultados extrapolables al resto de población climatérica.

#### 7. OBSERVACIONES.

Sin observaciones que realizar.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1213 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1213

Título  
GRUPO DE MUJERES +45

Autores:  
RAMON DEL CARMEN MARIA JOSE, SAN MIGUEL HERNANDEZ CONSUELO, ELIAS GAVILANES MERCEDES, GIMENO CALVO SONIA, LATORRE RUIZ CRISTINA, MURO CULEBRAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Climaterio  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213

### 1. TÍTULO

#### GRUPO DE MUJERES +45

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

El climaterio constituye una nueva etapa en las mujeres en la cual el soporte sanitario puede servir de ayuda para conseguir un mayor autoconocimiento, un mayor empoderamiento y una vivencia más satisfactoria.

El el C. S de Illueca se ha observado un importante número de demandas de consulta en mujeres de más de 45 años relacionadas con la falta de conocimientos a cerca de cómo abordar este periodo fisiológico. Como otras etapas de la vida de la mujer, ésta constituye una oportunidad para el cambio hacia unos mejores hábitos, aportando a este grupo los conocimientos necesarios para conseguir un mayor bienestar y por lo tanto un mejor ajuste de la demanda asistencial.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los conocimientos sobre el periodo del climaterio como fomento del autoconocimiento y del autocuidado de las mujeres.  
Mejorar la calidad de vida de las mujeres del grupo fomentando la autogestión del síndrome climatérico a través de hábitos de vida saludables.

#### MÉTODO

1. Presentación previa al resto del equipo para explicar el proyecto.
2. Captación oportunista de mujeres con edad comprendida entre 45 y 55 años sin excluir mujeres con menopausia precoz.
3. Formación de grupos de máximo 15 mujeres.
4. Realizar sesiones grupales teórico- prácticas.
5. Evaluar la calidad de vida al inicio y al final del proyecto.
6. Evaluar conocimientos adquiridos.
7. Valorar repercusión del proyecto en el equipo.

#### INDICADORES

1. Porcentaje de mujeres que perciben una mejora de su calidad de vida (considerando una mejora la disminución en un 20% el valor de la escala Cervantes) : 50-60%.
2. Porcentaje de mujeres que han aumentado los conocimientos relacionados con el periodo climatérico del total de asistentes a todas las sesiones : 60-70%.
3. Porcentaje de mujeres satisfechas con el proyecto : 70-80%.

#### DURACIÓN

Se realizarán a partir de septiembre de 2019 sesiones semanales de dos horas de duración los viernes de 10 a 12 horas . En total se realizarán 6 sesiones.

SESIÓN 1: AUTOCONOCIMIENTO. INICIANDO UNA ETAPA LLENA DE OPORTUNIDADES( al inicio de esta primera sesión se realizará el cuestionario preintervención sobre conocimientos y escala Cervantes de evaluación de calidad de vida). Responsable: M<sup>a</sup> José Ramón y Mercedes Elías

SESIÓN 2: MOVERSE HACIA LA SALUD Y COMÉRSELA . Responsable : M<sup>a</sup> José Ramón y Consuelo San Miguel.

SESIÓN 3: SUELO PÉLVICO. Responsable : Sonia Gimeno y M<sup>a</sup> José Ramón

SESIÓN 4: SALUD VAGINAL Y SALUD SEXUAL. Responsable: M<sup>a</sup> José Ramón.

SESIÓN 5: EMOCIONES. HIGIENE DEL SUEÑO. AUTOIMAGEN. AUTOESTIMA. ESTRES. Responsable : M<sup>a</sup> José Ramón.

SESIÓN 6: PASEO SALUDABLE . PICNIC DE ALIMENTOS SALUDABLES. ( al final de esta última sesión se pasará el cuestionario póstintervención ) Responsable: Cristina Latorre

Finalizadas las sesiones, tras cuatro meses de evaluará la mejoría en calidad de vida de las participantes a traves de la escala Cervantes. Responsable: María Muro.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1213**

**1. TÍTULO**

**GRUPO DE MUJERES +45**

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0449

### 1. TÍTULO

# IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR DELGADO MIGUEL  
· Profesión ..... PSICOLOGO/A CLINICO  
· Centro ..... CS CALATAYUD NORTE  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA  
CEBOLLA POLA MARCOS  
LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL  
SANZ GALLEGO CARMEN  
LAHOZ CABALLERO ROSARIO

### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los grupos que se han formado para realizar la intervención han sido los siguientes:

1 Grupo de intervención para pacientes con dolor crónico de 6 sesiones. Este grupo se ha ofertado a un total de 13 pacientes. La intervención estuvo compuesta por 6 sesiones con inicio el 08-01-2019 y la fecha de finalización fue el 26-03-2019. Se ha realizado en horario de 13 horas a 14:30 horas y de frecuencia quincenal. Para la realización de esta intervención grupal, se ha consultado con bibliografía específica en intervención psicológica y se han elaborado las sesiones en base a indicadores de eficiencia.  
3 Grupos de intervención para pacientes con trastornos emocionales. Estos grupos de intervención se han ofertado a un total de 58 pacientes. Se componen de 15 sesiones de frecuencia quincenal. La fecha de comienzo fue el 15-01-2019, siendo la fecha de finalización del 3º grupo el 18-02-2020.  
Se ha realizado evaluación al inicio de la intervención de indicadores de estado de ánimo, grado de ansiedad, calidad de vida, estrategias de afrontamiento y manejo emocional

### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grupo de dolor crónico. El grupo estuvo formado por 8 pacientes (100% de asistencia), de un total de 13 a los que se les ofertó la intervención (38% rechazo). Los resultados de la evaluación realizada reflejan una disminución de la sintomatología mostrada al inicio del estado de ánimo: menor estado depresivo (cuestionario de Beck antes M= 20, después M= 12) grado de ansiedad (cuestionario de Hamilton antes M= 32, después M= 25). Se ha detectado un cambio en las estrategias de afrontamiento, con aumento del locus interno lo que denota mayor adaptación al dolor, informando de menor sintomatología somática (cuestionario SF-12, antes M= 21, después M= 12). Los integrantes han iniciado actividades gratificantes con la consecuente percepción de mejora en la satisfacción con la vida (cuestionario LISAT antes M= 10, después M= 20) y la mejora de la calidad de la vida familiar. De los pacientes que han asistido a esta intervención el 50 % han sido dado de alta en la USM.  
Grupo de trastornos emocionales. Ofertado a 58 pacientes, el 34 % rechazó la intervención. Los pacientes que han acudido a los grupos terapéuticos han mantenido la asistencia en un 90 %. La evaluación realizada refleja disminución de la sintomatología mostrada al inicio del estado de ánimo: menor estado depresivo (cuestionario de Beck antes M= 42, después M= 23) grado de ansiedad (cuestionario de Hamilton antes M= 45, después M= 28). EL aprendizaje de estrategias de afrontamiento adaptativas ha permitido una mejora en la satisfacción con la vida (cuestionario LISAT antes M= 5, después M= 12).

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han detectado posibles mejoras a realizar. Sería conveniente disminuir el rechazo del tratamiento por parte de los pacientes a través de entrevistas personales antes del inicio de la intervención para ampliar información y resolver dudas al paciente.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/449 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0449

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0449

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

IMPLANTACION DE INTERVENCION PSICOLOGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRONICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES

Autores:  
DELGADO MIGUEL MARIA PILAR, ESTEBAN RODRIGUEZ EUGENIA, CEBOLLA POLA MARCOS, LERIN SANCHEZ MIGUEL ANGEL, SANZ GALLEGO CARMEN, LAHOZ CABALLERO ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: USM CALATAYUD

#### 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 alta demanda de pacientes a consulta de psicología clínica de la Unidad de Salud Mental de adultos, motiva la implantación de intervenciones grupales. Estas intervenciones permiten unan mayor frecuencia de asistencia de los pacientes, mejorando el seguimiento de los tratamientos propuestos. En comparación con el tratamiento psicológico individual ofrece una serie de ventajas como la mayor eficacia y eficiencia y el apoyo social recibido.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Las intervenciones grupales que se van a llevar a cabo van dirigidas a pacientes que acuden a la Unidad de Salud mental de adultos y que presentan:

- Dolor crónico
  - Inestabilidad emocional y sintomatología ansioso-depresiva
- Los objetivos son los siguientes:
- Reducción de la sintomatología mostrada por los pacientes
  - Adquisición de habilidades de comunicación interpersonal
  - Aprendizaje de estrategias para el manejo emocional
  - Incremento de la red social del paciente y de la calidad de las relaciones
  - Funcionalidad social y laboral

#### MÉTODO

Intervenciones grupales.

- Estas intervenciones se ofrecen a los pacientes que cumplen criterios y son susceptibles de beneficiarse de una psicoterapia intensiva.
- Si los pacientes aceptan la intervención son incluidos en la lista de espera elaborada para tal fin, que se encuentra disponible en los archivos compartidos por los profesionales de adultos de la Unidad.
- La selección de los pacientes se realiza por orden de registro y siempre priorizando a pacientes más graves.
- Se realiza una llamada telefónica a los pacientes para la confirmación de la asistencia a la fecha de inicio de la intervención.
- Durante el período que comprende la intervención grupal, estos pacientes no son citados en consulta individual de psicología clínica, excepto en casos en los que deban ser atendidos de forma urgente.
- Se realiza una evaluación pre tratamiento de indicadores sobre los que se quiere incidir y modificar, y una evaluación post tratamiento de los mismos indicadores que nos muestren la eficacia de la intervención llevada a cabo

#### INDICADORES

Se realizará una evaluación pre tratamiento grupal de los síntomas presentes y variables a modificar. Del mismo modo, se realizará una evaluación post tratamiento para valorar los logros conseguidos y la eficacia del tratamiento en cada paciente. Los instrumentos son los siguientes:

- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (A. T. Beck, R. A. Steer y G.K. Brown, 2011).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS) (Carrobbles et. al. 1986).
- Cuestionario de Salud SF-12.
- Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE) (B. Sandín y P. Charot, 2003).
- Cuestionario de satisfacción con la vida. (LISAT-8).

Específico de grupo de dolor crónico:

- Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico.

Específico de grupo para trastornos emocionales:

- Escala de Afectividad (PANAS) de Watson y Clark (1988).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0449

### 1. TÍTULO

#### **IMPLANTACIÓN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS: TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO Y TERAPIA GRUPAL PARA PACIENTES CON TRASTORNOS EMOCIONALES**

- Inventario de Personalidad para el DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2012).

#### DURACIÓN

Las actividades están programadas para el año 2019. Se realizarán los martes de 13 horas a 14.30 horas dirigidas por la psicóloga clínica. Cada grupo tendrá una frecuencia quincenal.

Las sesiones del grupo de dolor crónico son las siguientes:

1. Presentación del grupo y objetivos de la intervención
2. Psicoeducación dolor crónico
3. Tratamiento del dolor crónico
4. Incremento de la actividad física
5. Autocontrol
6. Comunicación

Las sesiones del grupo para trastornos emocionales, y los objetivos de cada una de ellas, son las siguientes:

1. ¿Qué son los trastornos emocionales?
2. Presentación del programa
3. Aprender a registrar las experiencias
4. Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos
5. Entender tus emociones.
6. Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales.
7. Aprender a observar las emociones y las reacciones de las emociones
8. Entender los pensamientos.
9. Entender las conductas I.
10. Entender las conductas II
11. Entender y afrontar las sensaciones físicas
12. Ponerlo en práctica: Afrontar las emociones en las situaciones en las que ocurran
13. Medicación para la depresión, ansiedad y otros trastornos emocionales

Objetivos:

14. Pasos a seguir a partir de ahora: Reconocer los logros y mirar al futuro

#### 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 - 2019/1151

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA LAURA SANMARTIN FLORENZA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN  
BERNAL GARCIA PILAR  
GRANERO BERLANGA NICOLAS  
DE LA OSA FONDON JUAN JOSE  
JABBOUR NEEMI ISSA  
VALLEJO ERDOCIAIN MARIA LUISA  
MOROS MELUS MARIA JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019, hemos realizado distintas actividades para llevar a cabo los objetivos planteados. En el mes de abril de 2019 se hicieron dos reuniones informativas en la biblioteca del centro de Salud de Calatayud. La primera para para difundir el proyecto a los profesionales sanitarios del equipo de Calatayud Sur y la segunda para nombrar a los profesionales que se harían responsables de realizar las actividades en los colegios pertenecientes al Centro de Salud de Calatayud Sur.

Durante el mes de mayo de 2019 se llevaron a cabo distintas reuniones con los profesionales sanitarios que iban a participar en el proyecto, donde se realizaron varias lluvias de ideas sobre cómo llevar a cabo las actividades en los colegios, se nombró a un responsable para la realización de la presentación en PowerPoint y se buscaron en internet distintos carteles de realización de un correcto lavado de manos para que las escuelas participantes en el proyecto los colgaran en sus baños y así los escolares lo tuvieran presente a la hora de lavarse las manos. Los carteles se hicieron en español y en inglés. También se decidió buscar material didáctico para entregarlo impreso a los niños, como dibujos, recordatorios de los pasos de lavado de manos...obtenidos de la página [www.e-bug.eu](http://www.e-bug.eu).

Se pensó en utilizar lámparas Hartmann en las actividades, y se solicitaron a Cristina Mora, consultora comercial especialista de desinfección de laboratorios Hartmann. Las recibimos a mitad del mes de mayo de 2019. Estas lámparas permiten, después de lavar las manos con una solución hidroalcohólica, a través de una luz ultravioleta, observar a simple vista las regiones de las manos que no están limpias.

Los profesionales implicados en el proyecto nos pusimos en contacto con las directoras del CRA "Tres Riberas" al que pertenecen las escuelas de los municipios de Maluenda, Fuentes de Jiloca, Morata de Jiloca, Villafeliche, Paracuellos de Jiloca, Terrer, Mara y Miedes y del CRA "El Mirador" al que pertenece la escuela del municipio de Munébrega. Las directoras nos ofrecieron la posibilidad de empezar a hacer la actividad entre finales del mes de septiembre y octubre, ya que estaban finalizando el curso y querían que todas las escuelas pudieran participar y que ningún niño quedara fuera de la actividad. Aunque no se cumplía el calendario establecido en un principio para el proyecto, en una reunión mantenida con los responsables se acordó realizar la actividad con los escolares durante el mes de octubre coincidiendo con el mes en el que se celebra el día Mundial del Lavado de Manos (15 de octubre).

A finales de septiembre de 2019 se retomó el contacto con las direcciones de los CRA. A principios de octubre los participantes en este proyecto nos volvimos a reunir para cuadrar nuestras agendas y horarios para la realización de los talleres de lavado de manos y así comunicar las fechas a las escuelas participantes.

También se decidió que todos seguiríamos la misma línea a la hora de realizar las actividades en los colegios. Los talleres que realizamos en los colegios durante el mes de octubre constaron de dos partes.

En una primera parte se realizó la explicación a la clase y a los docentes de la actividad y se les enseñó una presentación de PowerPoint y un vídeo. La presentación explicaba cuándo y por qué hay que lavarse las manos y también explicaba los pasos para una técnica correcta de lavado de manos. En cada diapositiva de los pasos del lavado de manos los profesionales sanitarios íbamos explicando la técnica a los niños para reforzársela. Se les pasó la proyección de un vídeo titulado "La historia de los niños manitas sucias".

Los niños y docentes participantes de la actividad iban repitiendo la técnica a la vez que se la íbamos explicando.

En la segunda parte, los niños utilizaron soluciones hidroalcohólicas mezcladas con un líquido sensible a la luz ultravioleta, para la realización de la técnica de lavado de manos explicada previamente, y con las lámparas Hartmann, los profesionales sanitarios de la actividad responsables observamos las manos de los niños y evaluamos quién había realizado una correcta higiene.

Al finalizar la actividad se les entregó el material didáctico a los escolares y unos pósters a los docentes.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % de colegios que participan en el proyecto

Nuestro objetivo era que, por lo menos un 80% de los colegios pertenecientes a los dos CRA, participaran en los talleres de lavado de manos.

En el CRA "Tres Riberas" hay 8 escuelas que pertenecen al Centro de Salud de Calatayud Sur y en el CRA "El Mirador" hay una escuela que pertenece a nuestro centro de salud

Los talleres se empezaron a realizar el día 18 de octubre en el colegio de Paracuellos de Jiloca, el 21 de octubre en el colegio de Munébrega, el 22 de octubre en el colegio de Maluenda, el 23 de octubre en el



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1151

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

colegio de Terrer, el 24 de octubre en los colegios de Villafeliche, Fuentes de Jiloca y Morata de Jiloca y se finalizaron las actividades el 29 de octubre en los colegios de Mara y Miedes.

Participaron el 100% de las escuelas adscritas al Centro de Salud de Calatayud Sur.

2. Número de escolares que participan en los talleres

La 9 escuelas adscritas al Centro de Salud de Calatayud Sur tienen un total de 131 alumnos. Repartidos de la siguiente forma:

28 niños en el colegio de Paracuellos de Jiloca, 8 niños en el colegio de Munébrega, 53 niños en el colegio de Maluenda, 9 niños en el colegio de Terrer, 4 niños en el colegio de Villafeliche, 7 niños en el colegio de Fuentes de Jiloca, 8 niños en el colegio de Morata de Jiloca, 3 niños en el colegio de Mara y 11 niños en el colegio de Miedes.

Los talleres de lavado de manos se impartieron a escolares entre 3 y 12 años de edad pertenecientes a nuestra zona de salud. Las actividades se realizaron en una misma aula menos en el colegio de Maluenda que se separaron a los niños en dos grupos por ser muy numerosos; primero se realizó la actividad a los niños de infantil y primer ciclo de primaria y después se realizó a los niños de segundo ciclo de primaria.

Queríamos alcanzar, como mínimo, una participación del 60% de los escolares, se consiguió que participaran el 100% de ellos. Todos los escolares pertenecientes a las escuelas participaron en los talleres.

3. Número de escolares que realizan una correcta técnica de lavado de manos

La segunda parte de los talleres de lavado de manos consistían en la realización de la técnica con una solución hidroalcohólica por parte de los escolares participantes. Con las lámparas de luz ultravioleta, los profesionales sanitarios que impartimos el taller, pudimos valorar cuántos niños habían realizado una correcta higiene de manos. Nuestro objetivo mínimo era que, por lo menos un 60% de los escolares, realizaran una correcta higiene de manos. Es decir, si el total de niños es de 131, por lo menos 79 tenían que realizar una correcta higiene de manos.

Los escolares participantes que realizaron una correcta higiene de manos se distribuyeron de la siguiente manera:

Paracuellos de Jiloca: 16 niños de 28

Munébrega: 5 niños de 8

Maluenda: 32 niños de 53

Terrer: 7 niños de 9

Villafeliche: 4 niños de 4

Fuentes de Jiloca: 5 niños de 7

Morata de Jiloca: 5 niños de 8

Mara: 3 niños de 3

Miedes: 8 niños de 11

En total 85 escolares de los 131 que participaron en los talleres hicieron una correcta higiene de manos, es decir un 64%. Cumplimos el objetivo marcado al inicio del proyecto.

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado con las escuelas ha sido muy satisfactorio. En el proyecto han trabajado todos los profesionales de enfermería y un profesional médico, implicándose tanto profesional como personalmente en la realización de las actividades para que los escolares que pertenecen a nuestro centro de salud incrementen sus conocimientos sobre prevención de enfermedades que se transmiten a través de las manos así como la promoción de la salud, que los propios niños incrementen el control de su salud para así mejorarla.

Como equipo nos ha gustado mucho el área de intervención de promoción y educación a la salud en las escuelas ya que consideramos que la edad escolar es uno de los mejores momentos para impulsar estilos de vida saludables.

Además el CRA "Tres Riberas" está dentro de la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de la Salud; escuelas que priorizan en su proyecto educativo la promoción de la salud.

Este proyecto de atención comunitaria en la escuela llevado a cabo durante el año 2019 pretendemos que se continúe en el tiempo. Nuestro objetivo es realizar de nuevo talleres de recuerdo de lavado de manos así como de cualquier otro tema que, como profesionales sanitarios, podamos impartir para promoción de la salud.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1151 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1151

Título  
TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

Autores:  
SANMARTIN FLORENZA MARIA LAURA, SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN, BERNAL GARCIA PILAR, GRANERO BERLANGA NICOLAS, DE LA OSA FONDON JUAN JOSE, MOROS MELUS MARIA JESUS, VALLEJO ERDOCIAIN MARIA LUISA, JABBOUR NEEMI ISSA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1151

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

##### 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

Todos los inviernos, existe una situación de epidemia por cuadros gastrointestinales, respiratorios y gripales en niños en edad escolar. Una de las vías de transmisión más común es el contacto a través de las manos.

Los colegios son nidos de microbios perjudiciales que se propagan rápidamente entre los alumnos a través del contacto. Lavarse las manos es uno de los mejores medios para evitar que los microbios dañinos se propaguen y así prevenir enfermedades.

De manera natural, la piel produce una película grasa que sirve para mantenerla húmeda y evitar que se seque demasiado. Esta capa grasa, sin embargo, es un lugar perfecto para que los microbios crezcan y se multipliquen, y ayuda a los gérmenes a "pegarse" a nuestra piel. Lavarse las manos con regularidad sirve para eliminar los microbios que vamos recogiendo de nuestro entorno (en casa, en el colegio, en el jardín, de animales, alimentos...). Algunos de estos microbios pueden hacernos enfermar si penetran en nuestro interior al comer o al respirar. Lavarse las manos sólo con agua elimina la suciedad visible; sin embargo, se necesita jabón para eliminar la capa grasa de la superficie de las manos, en la que quedan adheridos los microbios.

Hay que lavarse las manos:

Antes, durante y después de preparar alimentos.  
Después de ir al servicio.  
Después de tocar animales o restos de animales.  
Después de toser, estornudar o sonarse la nariz.  
Si se está enfermo o se ha estado con personas enfermas.

Por este motivo se decide emprender este proyecto comunitario en la Zona Básica de Salud del Centro dónde está ubicado el CRA "Tres Riberas" Y CRA "El Mirador"

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el conocimiento de los escolares sobre una correcta higiene de manos para prevenir ciertas enfermedades.  
Enseñar a los escolares la técnica correcta del lavado de manos.  
Implicar a los docentes del CRA para que los niños adquieran este hábito en sus actividades diarias.

##### MÉTODO

Sesión informativa a los miembros del equipo con presentación del material didáctico, fechas de realización del proyecto...

Reunión con los directores de las escuelas que pertenecen al CRA para la presentación del proyecto.

Talleres de lavados de manos en las escuelas del CRA. Estos talleres constan de dos partes:

Primera parte: a realizar el mes de mayo de 2019 coincidiendo con las fechas próximas al "día mundial de la higiene de manos" establecido por la OMS.

- Explicación a la clase de la actividad y presentación de PowerPoint/vídeo para los niños y docentes.

- Exposición por parte de los sanitarios de la técnica correcta de lavado de manos.

- Repetición de la técnica por parte de los niños.

- Facilitar material didáctico (póster, pasatiempos...) obtenido de la página [www.e-bug.eu](http://www.e-bug.eu).

Segunda parte: a realizar en el mes de junio de 2019

Evaluación de la actividad por parte de los profesionales sanitarios a los alumnos de la técnica correcta de la higiene de manos a través de la visualización directa.

Comprobación de que se mantiene el material didáctico entregado en el aula

##### INDICADORES

Indicador n°1: Colegios participantes

Definición: % de colegios que participan en el proyecto:

Formula: Número de colegios que participan en el proyecto / número total de colegios

Valor a alcanzar: 100 %

límite inferior: 80 %

límite superior: 100 %

Indicador n°2: Escolares Participantes

Formula: Número de escolares que participan en los talleres/ población de escolares de colegios participantes

Valor a alcanzar: 80 %

límite inferior: 60 %

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1151

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE LAVADO DE MANOS EN LOS CENTROS ESCOLARES DEL CRA "TRES RIBERAS" Y EL CRA "EL MIRADOR" DESDE LA ZONA BASICA DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD CALATAYUD RURAL

límite superior: 80 %  
Indicador nº3: escolares que realizan un correcto lavado de mano  
Formula: Número de escolares que realizan una correcta técnica de lavados de manos/ número total de escolares participantes  
Valor a alcanzar: 90 %  
límite inferior: 60 %  
límite superior: 90%

#### DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Abril de 2019  
Reunión informativa  
Creación de PowerPoint/vídeo para los talleres  
Impresión de carteles informativos para las escuelas.  
Reunión con los Centros escolares: Abril de 2019  
Inicio de los talleres:  
Entre Mayo y Junio de 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1229

### 1. TÍTULO

#### HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JULIO CESAR PEREZ BENAVIDES  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION  
CHARLEZ MILLAN CARMEN MARIA  
ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR  
LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE  
GUILLEN LLOVERIA GABRIEL  
DIGON SANMARTIN LUIS  
LUCINDO LAZARO ESMERALDA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-1 Sesión en I.E.S. Leonardo Chavacier a alumnos de 4º de la ESO el día 25 de noviembre. 2019  
-2 sesiones en I.E.S. Emilio Gimeno con alumnos de 2º de bachillerato el día 16 de diciembre 2019

2 reuniones con orientadores de ambos institutos para enfocar las charlas y averiguar qué alumnos valoran que más necesitan la información. Facilitamos encuesta a los alumnos con el fin de conocer su formación previa sobre educación sexual y anti concepción. La información devuelta a nosotros por los orientadores nos ayudó a enfocar la charla de forma más efectiva.

#### Material:

· Power-Point para la exposición de contenidos:

Exposición adaptada a los alumnos de 4º. En este nos hemos centrado en facilitar información sobre métodos anticonceptivos y sexualidad.

Exposición adaptada a los alumnos de 2º de bachillerato desarrollando información detallada sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, violencia de género en las parejas adolescentes así como uso adecuado de redes de comunicación.

· Cuestionarios pre y post charla.

· Encuesta de satisfacción .

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto lo comenzamos reuniéndonos en Septiembre con las orientadoras de ambos institutos. Nos fue transmitida la gran necesidad, según su opinión, de facilitar charlas/talleres sobre sexualidad en su entorno educativo. A su vez, las preocupaciones más compartidas por los adolescentes. Finalmente, los orientadores decidieron que los alumnos asistirían a nuestras charlas.

Se ha intervenido sobre 100 alumnos. En la encuesta de conocimientos posterior todos los alumnos han ganado conocimientos.

Responden correctamente el cuestionario:

Alumnos de 4ª de la eso: en el previo 32% y un 64% en el posterior

Alumnos de 2º de bachillerato: en el previo 87% y en el posterior 88,4%. Por ello, valoramos como muy positivo el trabajo realizado a través de nuestras charlas a los alumnos de 4º de la ESO.

Con respecto al grado de satisfacción total un 83% de los asistentes contestaron la encuesta.

Con respecto al número de asistentes el 100% de alumnos de bachillerato asisten a la charla y con respecto a los alumnos de 4º de la ESO asistieron un 24% de sus alumnos.

El 85% considera que la exposición de los ponentes a sido buena.

El 62.5% le ha parecido que el tema desarrollado es muy interesante.

El 67.5% consideró que la duración de las sesiones ha sido adecuada.

El 76.71% consideró que no precisa más información que la facilitada en la charla.

El 75% cree que sería conveniente repetir la charla.

El 54.5% consideró que la periodicidad de la charla debería ser anual, mientras que un 31,81% opinó que las charlas debería facilitarse de forma trimestral.

El 73% consideró como muy necesaria, interesante y adecuada la información facilitada.

Para el 75% lo más interesante del curso resultó ser la información sobre anticonceptivos.

Con respecto a los temas que añadirían en un futuro serían: excitación sexual y penetración con la pareja.

Valoramos que hemos alcanzado los objetivos planteados en el proyecto. La fuente de obtención de los datos resulta de los cuestionarios elaborados antes y después de las charlas, así como de las encuestas de satisfacción.

Finalmente, reseñar la gran importancia con la que valoramos la participación e interacción de los alumnos durante la dinámica de la charla con sus preguntas y respuestas.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro proyecto en un principio fue diseñado para adolescentes/jóvenes de 15 años. La orientadora del I.E.S Emilio Gimeno cambió la edad de los grupos priorizando alumnos de 17 años.

El hecho de que la charla fuera facilitada por un especialista en la materia, matrón, conlleva un mayor grado

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1229

### 1. TÍTULO

#### HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

de seguridad y fiabilidad sobre la información compartida con el alumnado. A su vez aprovechamos e insistimos en la presentación de la consulta de maternidad en nuestra comunidad o área de salud con el fin de facilitar cuidados, informar o resolver dudas pertinentes.

En el año 2020 están previstas 4 charlas en ambos institutos para continuar con la educación sexual de los adolescentes de Calatayud.

La valoración final de Orientadores, alumnos y nuestro equipo es que se precisa más información y a edad más temprana. Por ello, nos planteamos para el próximo curso la intervención en los cursos de la 3º y 4º de la E.S.O. Para ir adecuando los contenidos de forma más progresiva dando especial hincapié en las enfermedades de transmisión sexual.

#### 7. OBSERVACIONES.

En este proyecto participan los orientadores de ambos institutos para seleccionar al alumnado.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1229 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1229

Título  
HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

Autores:  
PEREZ BENAVIDES JULIO CESAR, ALONSO BENEDI MARIA ASCENSION, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, LAFUENTE GONZALEZ MARIA JOSE, CHARLEZ MILLAN MARIA CARMEN, LUCINDO LAZARO ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: enfermedades de transmisión sexual  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Tras conversaciones mantenidas con profesorado y padres de los alumnos de los institutos Emilio Jimeno y Leonardo de Chavacier de Calatayud, se han detectado deficiencias en materia de conducta sexual, prevención de enfermedades de transmisión sexual y la existencia de embarazos no deseados.  
Por todo ello, consideramos adecuado impartir charlas y talleres en los Institutos Emilio Jimeno y Leonardo de Chavacier en Calatayud. De esta forma, consideramos, que una información adecuada al momento, correcta en sus contenidos, directa y objetiva puede ayudar a que estén mejor instruidos en sexualidad y consecuentemente mejor protegidos.

RESULTADOS ESPERADOS  
-Aportar un enfoque científico y centrado en la salud integral del individuo de las relaciones sexuales.  
-Incluir y/o atender a todos los tipos de orientación sexual posibles, evitando así situaciones de riesgo, abuso o exclusión social.  
-Impulsar una educación sexual abierta, adaptada respetuosa con las ideas y opiniones de los adolescentes.  
-Promover, a su vez, el conocimiento teórico transmitiendo información fiable, contrastada y con base científica acerca de la prevención y disminución de riesgos de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.  
-Informar sobre los recursos socio-sanitarios disponibles para la población diana así como los procedimientos necesarios para acceder a ellos.  
-Resolver dudas planteadas aclarando falsos mitos sobre la sexualidad.

MÉTODO  
.Dos charlas o talleres sobre sexualidad en los institutos pertenecientes a nuestra zona de salud.  
.Creación de un grupo de trabajo formado por: matron, médico A.P. Y enfermeras de A.P.  
.Documentación y conocimientos del tema del proyecto.  
.Puesta en común con el profesorado docente de ambos IES.  
.Realización de test anterior a la charla para explorar los conocimientos sobre educación sexual y detectar deficiencias para ser aclaradas durante la charla.  
.Cumplimentación individualizada del test antes y después de la charla.  
.Recogida de datos y análisis de resultados a fin de valorar la intervención.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1229

### 1. TÍTULO

#### HABLEMOS DE SEXO AHORA CON LOS ADOLESCENTES DE LA COMARCA DE CALATAYUD

.Planificación de la intervención.  
.Elaboración de encuesta de satisfacción a todos los asistentes (alumnos y profesorado).

##### INDICADORES

Indicador N° 1: Adolescentes participantes en las sesiones

Definición: % de adolescentes que participan en las charlas y talleres.

Fórmula: Número de adolescentes de = 15 años, alumnos del centro, que han participado en las sesiones / Número total de alumnos de = 15 años.

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 50%

Fuente de datos: Alumnos asistentes

Indicador N° 2: Conocimientos adquiridos por los adolescentes en las sesiones.

Definición: % de alumnos que han aumentado su nivel de conocimientos.

Fórmula: Número de adolescentes de = 15 años, alumnos del centro, que han aumentado su nivel de conocimientos en las sesiones / Número total de alumnos de = 15 años.

Valor a alcanzar: 70%

Límite inferior: 50%

Fuente de datos: Alumnos asistentes, test de evaluación

Indicador N° 3: Grado de satisfacción global de la intervención

Definición: % de alumnos y profesores que han valorado positiva la actividad.

Fórmula: Número de alumnos y profesorado que han valorado como satisfactoria la charla o taller/ Número total de asistentes que han contestado la encuesta de satisfacción.

Valor a alcanzar: 70%

Límite inferior: 50%

Fuente de datos: Alumnos y profesores asistentes, encuesta de satisfacción.

##### DURACIÓN

- Creación de un grupo de trabajo implantado en Abril/2019.

- Reunión con la dirección docentes de los IES de Calatayud en Mayo/2019.

- Realización de dos charlas o talleres en los IES de Calatayud que se determinará en Septiembre/2019 según calendario escolar y de mutuo acuerdo con las direcciones de los Centros:

IES Emilio Jimeno.

IES Leonardo de Chavacier.

- Realización de test evaluativos en Septiembre/2019.

- Elaboración de encuesta de satisfacción en Septiembre/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 - 2019/1308

### 1. TÍTULO

#### IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LUIS DIGON SANMARTIN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALATAYUD SUR  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR  
GISTAS QUILLEZ MARIA PILAR  
MOROS SANZ ESTHER  
PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL  
ARANAZ VILLARTE MIGUEL  
BARANDA JEREZ MANUELA  
SOLANS PIQUERAS MARIA CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de 2019 se presentó el proyecto y se han ido realizado las diversas sesiones mismo. En Octubre del pasado año se remitieron datos provisionales en los cuales ya se apreciaba una tendencia global a la baja en la prescripción de antibioterapia.

Cronológicamente se han realizados las siguientes actividades:

Mayo 2019: Presentación del Proyecto IRASPROA, a cargo de la coordinadora del EAP, Pilar Echevarría Montoto y de la coordinadora de enfermería, M<sup>a</sup> Ascensión Alonso Benedí.

En sesión aparte, presentó la sesión de IRASPROA pediatría, correspondiente a Infecciones Respiratorias en la infancia.

El 28 Agosto 2019 se imparte la sesión correspondiente a Infecciones Respiratorias del Adulto, a cargo de Pilar Echevarría Montoto, coordinadora del EAP.

Entre Octubre y Diciembre de 2019 se programaron las sesiones restantes.

Para la realización de las sesiones se ha utilizado el estupendo material audiovisual proporcionado por el Programa IRASPROA.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

e ha logrado una gran implicación de los miembros del EAP en el proyecto como demuestra la amplia asistencia de los profesionales a las diferentes sesiones, tal como reflejan las Actas de Asistencia. También es destacable la cohesión lograda en el EAP enfocando juntos, medicina y enfermería, el manejo de las infecciones mas habituales en Atención Primaria de Salud.

Se ha intentado y en gran parte conseguido unificar criterios de tratamiento de las infecciones en AP, para que, independientemente del profesional que realice la atención al paciente, haya un criterio unánime basado en el conocimiento científico

Cualitativamente se ha conseguido una reducción significativa, aunque susceptible de mejora (e del empleo de antibioterapia. Cuantitativamente el indicador solicitado: DHD por mil habitantes para todo el grupo de antibacterianos sistémicos es para adultos en 2019 reducción de 25,5 a 23 y en pediatría reducción de 7,1 a 6,4. Esta es menos patente en pediatría pues ya se partía de unos muy buenos datos de inicio, en parte debido a la utilización ya desde hace algún tiempo de técnicas de diagnóstico rápido en infecciones ORL. motivo muy frecuente de consulta en esta Especialidad.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto la asistencia a las sesiones como los resultados finales obtenidos demuestran la utilidad de estas actividades formativas. En concreto, se ha incidido en el manejo de la incertidumbre que acompaña al proceso de la enfermedad, afianzando con los conocimientos adquiridos, una mayor seguridad en la toma de decisiones terapéuticas como es el caso paradigmático de las infecciones faringoamigdalares en pediatría, donde la utilización del test antigénico de diagnóstico rápido estreptocócico, realizado habitualmente por Enfermería, ha evitado el empleo de antibioterapia extemporánea y ha conseguido gran aceptación y valoración positiva por parte de los progenitores. También vemos importante lograr esta implicación de los pacientes planteando, en el campo de las enfermedades infecciosas, actividades de información y educación para ofertar a las personas que deseen estar sanas, para que sepan cómo alcanzar la salud, haciendo lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten. "OMS, 1983, Educación para la Salud" .

Consideramos la pertinencia de realizar con la periodicidad que establezcamos en el EAP nuevas sesiones recordatorio para mantener e incrementar los conocimientos adquiridos.

#### 7. OBSERVACIONES.

Como ya se comentó en la memoria de seguimiento, ha habido repercusiones derivadas de los traslados y toma de posesión tras OPE pero a pesar de ello se ha dado continuidad al proyecto.

No queríamos olvidar nuestro agradecimiento a la Farmacéutica de AP del Sector Calatayud. Ariadna de Lucas Barquero y a la Técnico de Salud del Sector Calatayud, WAFI BEN CHEIKH EL AAYUNI por su inestimable ayuda y colaboración.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1308

### 1. TÍTULO

#### IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1308 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1308

Título  
IRASPROA, APLICACION EN E.A.P. CALATAYUD SUR

Autores:  
DIGON SANMARTIN LUIS, ECHEVARRIA MONTOTO MARIA PILAR, GISTAS QUILEZ MARIA PILAR, MOROS SANZ ESTHER, PELEGRIN CANTARERO ANA ISABEL, DOMINGUEZ LOZANO ISABEL, ARANAZ VILLARTE MIGUEL, BARANDA JEREZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALATAYUD SUR

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
La antibioterapia supuso un antes y un después en el tratamiento de las enfermedades infecciosas desde el descubrimiento del primer antibiótico, la penicilina, por Fleming en 1928. Su contribución al control de la morbimortalidad por causas transmisibles es inestimable, pero su uso inadecuado ha hecho que aparezcan resistencias microbianas a los mismos, a pesar de las numerosas campañas de educación sanitaria sobre el empleo correcto de AB, dirigidas, tanto a la población como a los propios profesionales sanitarios. La DGA, a través del Servicio Aragonés de la Salud ha puesto en marcha una ambiciosa iniciativa que pretende involucrar a los actores implicados en la prescripción y consumo de AB, a efectos de lograr la utilización de estos fármacos de modo proporcionado, eficaz y eficiente. Se trata del Programa IRASPROA (Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria y Programa de Optimización de Antibióticos) que está en concordancia con el Plan Nacional de Resistencia de Antibióticos (PRAN). IRASPROA analizará los distintos indicadores de prescripción de los AB más utilizados en Atención Primaria en nuestra Zona Básica de Salud para confrontarlos con los obtenidos en nuestro Sector de Calatayud, así como con los de la comunidad Autónoma. El EAP considera una oportunidad de mejora la priorización de la prescripción de antibióticos de espectro reducido, siguiendo las recomendaciones de la Guía Terapéutica Autonómica, que son aquellos que actúan sobre un grupo determinado de microorganismos, y reducir por tanto el empleo de AB de amplio espectro que quedarían circunscritos a enfermedades graves, evitando así la aparición de resistencias. Es labor prioritaria conseguir sensibilizar a los profesionales del EAP del problema de las resistencias microbianas, transmitiendo el hecho de que los antibióticos son un recurso limitado cuya disponibilidad se ha de preservar y conocer el consumo y tipo de AB prescritos por el MAP. También se debe actualizar el conocimiento de los profesionales sobre las resistencias microbianas locales y las recomendaciones de tratamiento de los principales procesos infecciosos de atención primaria.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Disminuir el DHD para todo el grupo de Antibacterianos sistémicos (J01) en adultos (A) y en edad pediátrica (B) (indicador principal)

**MÉTODO**  
1.- Designar una persona clave o referente PROA en el EAP  
2.- Presentación al equipo del proyecto IRASPROA  
3.- Suscripción formal por parte del personal médico y de enfermería del EAP de los principios generales de uso de antibióticos del programa PROA -AP DE IRASPROA.  
4.- Realizar al menos dos sesiones al año relacionadas con las infecciones y su tratamiento de antibiótico.  
5.- Participar en las campañas de optimización de uso de antibióticos promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA

**INDICADORES**  
Indicadores de uso de antibióticos seleccionados:  
DHD por 1000 habitantes para todo el grupo de Antibacterianos sistémicos (J01) en adultos (A) y en edad pediátrica (B)  
Estandar 2019: < que el año anterior en ambos grupos de edad. (A:<18.7 DHD y B: <12 DHD)

**DURACIÓN**  
Cronograma:  
Marzo: - Presentación a los miembros del EAP del proyecto PROA-AP  
- Realización de una sesión/cuatrimestre relacionada con las infecciones y el tratamiento antibiótico y



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1308

### 1. TÍTULO

#### IRASPROA, APLICACION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA CALATAYUD SUR

analizar los resultados del indicador  
-Participar en las campañas de optimización promovidas por el programa PROA-AP de IRASPROA  
(fecha a concretar según se desarrollan las campañas)

#### 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 - 2019/1072

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOSE MANUEL CASTAÑO PRIETO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS DAROCA  
· Localidad ..... DAROCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

CUADRADO GONZALEZ AINOA  
BES GIMENEZ ANA V  
PEREZ ABADIA ANA  
HERNAN PEREZ CHELO  
GARCIA SOLA JOSE LUIS  
SIMON APARICIO MARIA PAZ  
BOSCA ALBERT BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una tabla excel con las variables de los criterios centor (edad, fiebre superior a 38°, hipertrofia o exudado, adenopatía laterocervical dolorosa y ausencia de tos), el resultado obtenido de la realización del StrepA test y el antibiótico prescrito y dosis.

Se ha realizado una valoración de dicha tabla para comprobar si realmente se están haciendo los StrepAtest en aquellos pacientes que presenten 2-3 criterios con clínica compatible y, en caso de que no se realice de forma adecuada, poder reconducir la realización de los mismos y evitar un uso innecesario, con el gasto que esto conlleva.

Además, se ha valorado el antibiótico prescrito y se ha comparado con los registros previos de StrepAtest de los que se dispone en el centro de 2017 y 2018 previo a la implantación de este proyecto para valorar si está resultando útil.

Se realizó una sesión clínica (04 de Marzo de 2019 por Jose Manuel Castaño Prieto) entre los integrantes del proyecto en el primer trimestre para presentación del proyecto, analizar datos previos de forma descriptiva y otra sesión (02 Septiembre 2019 por Jose Manuel Castaño y Ainoa Cuadrado) de control para reorientar la cumplimentación del registro de datos en OMI, haciendo hincapié en registrar la realización del StrepA test en orden clínica ? Procedimiento diagnóstico ? test rápido ? Test estreptococo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2017 hay registrados 20 pacientes (40% hombres y 60% mujeres; 8 adultos y 12 pacientes de edad pediátrica). De dichos pacientes, 70% habían presentado fiebre superior a 38°, 100% hipertrofia o exudado amigdalár, 60% adenopatía laterocervical dolorosa y el 65% no presentaban tos. De entre todos los pacientes, se realizó el strepAtest con criterios centor superiores a 2-3 (20 pacientes, 100% de los registrados ya que únicamente se registra cuando se realiza el StrepAtest). El resultado del test fue positivo en el 40% (8/20) de los casos, prescribiéndose antibiótico en todos los casos positivos y, únicamente en 2 casos (10%) con StrepA test negativo, que también se prescribió antibiótico (Amoxicilina).

De los antibióticos prescritos, 4 fueron Amoxicilina (2 de ellos con StrepA test negativo), 1 Augmentine, 1 penilevel y 4 ceclor.

En 2018 hay registrados 19 pacientes (42,1% hombres y 27,9% mujeres; 10 adultos y 9 pacientes de edad pediátrica). De dichos pacientes, 57,9% habían presentado fiebre superior a 38°, 52,6% hipertrofia o exudado amigdalár, 57,9% adenopatía laterocervical dolorosa y el 84,2% no presentaban tos. De entre todos los pacientes, se realizó el strepAtest incluso con criterios centor inferiores a 2-3, probablemente por abuso de la utilización del StrepAtest ya que no se había puesto en marcha dicho proyecto, así pues se emplearon StrepAtest cuando no procedía. El resultado del test fue positivo en el 15,8% de los casos (3 pacientes), prescribiéndose antibiótico en todos los casos positivos únicamente.

De los antibióticos prescritos, 2 fueron Amoxicilina y 1 ceclor.

Ya en 2019 (MEMORIA DE SEGUIMIENTO DE OCTUBRE DE 2019), tras la implantación de dicho proyecto de Mejora de la Calidad; hay registrados 105 pacientes (50,5% hombres y 49,5% mujeres; 45 adultos y 60 pacientes de edad pediátrica). De dichos pacientes, 75,2% habían presentado fiebre superior a 38°, 81,9% hipertrofia o exudado amigdalár, 66,7% adenopatía laterocervical dolorosa y el 67,6% no presentaban tos. De entre todos los pacientes, se realizó el strepAtest a aquellos pacientes que presentaban criterios centor superiores a 3 y clínica compatible, de acuerdo con la sesión impartida explicando cuándo se debe utilizar dicho test para hacerlo de forma rigurosa. No se consideran cambios de criterio ya que hasta entonces no se había aplicado el proyecto y por lo tanto, no se había puesto en marcha los criterios unificados. Hasta ahora el análisis había sido descriptivo de la situación y al reconocer los errores se vio necesario implementar dicho proyecto para utilizar el StrepAtest cuando procede. El resultado del test fue positivo en el 31,42% de los casos (33 pacientes), prescribiéndose antibiótico en todos los casos positivos y a 2 de ellos a pesar del resultado negativo.

De los antibióticos prescritos, 29 fueron Amoxicilina (82,8%), 1 Augmentine, 1 Penilevel, 3 ceclor y en 1 de los casos se prescribió Azitromicina.

Si tenemos en cuenta que tanto amoxicilina como penicilina son los de primera elección en caso de FAA, podemos ver que se ha tomado como tal en el 85,7% de los casos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1072

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

Al finalizar el proyecto, con la fecha actual, los resultados desde Octubre hasta ahora son:  
Desde Octubre de 2019 hasta final de año 2019 se realiza StrepA test a 25 pacientes (52% mujeres y 48% hombres; 10 en edad adulta y 15 en edad pediátrica). De dichos pacientes, 23 (92%) habían presentado hipertrofia o exudado amigdalar, 19 (76%) fiebre superior a 38°, 14 (56%) habían presentado adenopatía laterocervical dolorosa y 12 (48%) no presentaban tos. Se realizó StrepA test a aquellos con criterios centor superiores a 3 y clínica compatible, de acuerdo con la sesión impartida. El resultado fue positivo en 4 pacientes (16%), prescribiéndose antibiótico únicamente en los casos positivos. el 100% de los antibióticos prescritos fue Amoxicilina.

Se puede presentar por lo tanto de forma conjunta los resultados de 2019 siendo:  
Analizamos en 2019 a 130 pacientes (55 en edad adulta y 75 en edad pediátrica, 49.25% hombres, 50.75% mujeres). Resultado de StrepA test positivo en 47% y prescripción de antibiótico de primera elección en el 89% de los casos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha aumentado el uso de StrepA test en más de un 80% y se ha realizado cuando estaba indicado (en criterios centor entre 2-3, y alguna ocasión 4).  
Esto ha permitido una optimización del uso de antibióticos, prescribiendo únicamente cuando ha sido necesario (a excepciones puntuales que se sigue trabajando en ello para minimizar prescripción con StrepA test negativo).  
El antibiótico elegido en el 89% de los casos ha sido de primera línea (Amoxicilina y Penicilina).  
Es difícil saber, a través de OMI, cuantos pacientes han sido diagnosticados de FAA en el año actual para poder comprobar si se han realizado StrepA test a todos aquellos a los que se le asocia dicho diagnóstico. La tabla realizada por parte del personal del CS está a disposición de aquellos que quieran comprobar los resultados.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se debe aumentar el registro de los test de diagnóstico rápido en la función de OMI, órdenes médicas  
Debemos continuar trabajando en esta línea optimizando el uso de antibióticos y eligiendo los de primera línea en beneficio del paciente  
No debemos olvidar que el StrepA test es un recurso del que disponemos en caso de criterios centor entre 2-3 para resolver duda diagnóstica y poder optimizar así el tratamiento antibiótico, no debemos realizar StrepA test en aquellos pacientes con Centor inferiores a 1 ni Centor superiores a 4, ya que en los primeros el antibiótico no está indicado y en los últimos, los criterios de por sí son una herramienta suficiente para prescribir antibiótico, siempre de primera línea (Excepto en alérgicos).

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1072 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1072

Título  
PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN EL DIAGNOSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

Autores:  
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, CUADRADO GONZALEZ AINOVA, BES GIMENEZ ANA V, GARCIA SOLA JUAN LUIS, APARICIO SORIANO OLGA, PEREZ ABADIA ANA, HERNAN PEREZ CHELO, BOSCA ALBERT BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

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

PROBLEMA  
La faringoamigdalitis agudas (FA) es una de las enfermedades infecciosas más comunes de consulta en cualquier grupo de edad. La etiología más frecuente es vírica, sin embargo es una de las razones más frecuentes de prescripción antibiótica, muchas veces de amplio espectro, en España. El uso de antibiótico no indicado supone un aumento de las resistencias y del gasto sanitario, además del perjuicio del paciente. En caso de la etiología de las FA bacterianas, la más frecuente es la producida por *Streptococcus pyogenes* o *estreptococo*-

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1072

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA EN UN CS RURAL

hemolítico del grupo A (EBHGA).

El cultivo faríngeo es la prueba de referencia para conocer la etiología de la infección, pero el tiempo que se tarda en obtener resultados es su principal desventaja. Es por ello que existen pruebas de detección antigénica rápida del EBHGA (StrepA test) proporcionándonos el resultado en el momento de la consulta con una especificidad asociada mayor al 95%. Las escalas de valoración clínica para predecir etiología bacteriana son una buena ayuda para seleccionar a qué pacientes realizar el StrepA test (Escala de McIsaac modificada por Centor). No se ha descrito ningún caso de EBHGA resistente a penicilinas por lo que la Penicilina y la Amoxicilina son el tratamiento de elección. En aquellos pacientes con alergia se debe usar cefadroxilo. En nuestro centro no se emplea de forma rutinaria la utilización de StrepA test en pacientes con clínica sugestiva de FA con la consiguiente prescripción antibiótica que, en la mayoría de los casos, no está indicada.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### Objetivos:

1. Reforzar el uso de StrepA test para orientar el diagnóstico de FA hacia vírica o bacteriana y proporcionar el tratamiento indicado
  2. Realizar StrepA test en relación con las escalas de valoración clínica de predicción de etiología bacteriana (McIsaac modificada por Centor) cuando esté indicado (Centor 2-3)
  3. Analizar la terapia antibiótica administrada para comprobar si se utilizan los antibióticos de elección y reducir el uso de antibióticos en aquellos pacientes que no esté indicado.
- Población diana: Usuarios del CS de Daroca que acudan a consulta con clínica de odinofagia de menos de 1 semana de evolución con o sin fiebre con exploración compatible (inflamación de las mucosas de la faringe y/o las amígdalas faríngeas)

#### MÉTODO

1. Registro en una tabla de excel las siguientes variables: los criterios centor; la realización del StrepA test (en pacientes que solo presenten 2-3 criterios con clínica compatible) y su resultado; el antibiótico prescrito y dosis.
2. Se analizarán los resultados obtenidos del registro de pacientes en el primer trimestre y se hará una sesión de control de resultados para reorientación si es preciso de cumplimentación de datos (Registro en OMI orden clínica ? Procedimiento diagnostico ? Test rapido ? Test estreptococo).
3. Al final del semestre se analizará también los antibióticos administrados y se orientará acerca de antibioterapia indicada y dosis adecuada si precisa.

#### INDICADORES

Indicador N°1: Utilización de StrepA

Definición: porcentaje de pacientes que se les ha realizado un StrepA test y que cumplen 2-3 criterios Centor

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes con 2-3 criterios Centor una determinación de StrepA test

Denominador: N° total de pacientes con 2-3 criterios Centor .

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Fuente de datos: tabla de recogida de datos

Indicador N°2: Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica.

Definición: Porcentaje de pacientes pediátricos con faringoamigdalitis estreptocócica aguda que tienen prescrito antibióticos de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina) y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo

Fórmula:

Numerador: Número de pacientes pediátricos con faringoamigdalitis estreptocócica aguda que tienen prescrito antibióticos de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina) y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo

Denominador: Número de pacientes con faringoamigdalitis estreptocócica aguda y que presenten criterios centor 4-5 y/o StrepA test positivo.

Valor a alcanzar: objetivo 80%

Fuente de datos: tabla de recogida de datos

#### DURACIÓN

Fecha de inicio: 01 enero 2019

Fecha finalización: 31/12/2019

#### 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 - 2019/1092

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS RIHUETE CASTAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS DAROCA  
· Localidad ..... DAROCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SIMON APARICIO MARIA PAZ  
BARRENA MARINA EMILIA  
GARCIA SOLA JUAN LUIS  
ALDA CAMPOS BLANCA  
APARICIO SORIANO OLGA  
MARTI GUILLEN LOURDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión (11 Marzo 2019 por Juan Carlos Rihuete) entre los componentes del proyecto en el primer trimestre y otra (14 Octubre 2019 por Juan Carlos Rihuete y Mari Paz Simón) de control al semestre para valorar los resultados del proyecto. Se acordó con los componentes del proyecto de EPOC el comunicar los resultados de las espirometrías patológicas para incluirlos en el plan de cuidados.

Se ha realizado una charla informativa en el instituto/colegio de daroca (10 de Abril 2019 por Jose Manuel Castaño) dentro del proyecto de educación sanitaria, para advertir sobre los efectos del tabaco y se realizó un cartel informativo y publicitación del mismo el día mundial sin tabaco (31/05/2019); exponiendo el cartel por el centro de salud.

A los pacientes que han ido acudiendo a consulta (demanda/programada) se les ha ido actualizando la información acerca de hábitos tóxicos (tabaquismo SI/NO) y a aquellos que eran fumadores se les ha sometido a realización de espirometria (para tener o un primer registro o al menos 1 espirometría anual) y se les realizó intervención breve.

El espirómetro ha estado durante más de dos meses fuera de servicio, cosa que ha hecho que se retrase la realización de las mismas y el enlentecimiento del proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se les ha preguntado a un 60% los pacientes mayores de 15 años si fuman o no fuman.

A aquellos pacientes que se les ha detectado como fumadores se les ha realizado, al menos una intervención breve en el 66% de los mismos. Debemos continuar en la línea y motivar para conseguir que dejen de fumar ya que el objetivo que nos habíamos planteado era del 75%. A pesar de no haber alcanzado el objetivo, hemos mejorado respecto años previos, por lo que debemos continuar en la misma línea de trabajo.

En cuanto a la espirometría, se les ha realizado al 45% de los pacientes registrados como fumadores y en función del resultado obtenido en la espirometría se ha comentado con el proyecto de detección del EPOC para que los incluyan en los planes de cuidados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debemos continuar interrogando a los pacientes acerca de sus hábitos tóxicos y realizarles espirometría a aquellos que no tengan aún ningún registro.

#### 7. OBSERVACIONES.

El espirómetro estuvo fuera de servicio durante dos meses, cosa que ha retrasado la labor asistencial en este aspecto. En el último trimestre del año aprovechando la campañas de vacunación se ha retomado en la medida de lo posible la realización de espirometrías y el seguimiento de aquellos pacientes EPOC, ya que dada la tendencia estacional de la patología se han producido las primeras exacerbaciones.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1092 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1092

Título  
ESTRATEGIA DE DETECCION DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACION DE, AL MENOS, UNA ACTUACION BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Autores:  
RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS, CUADRADO GONZALEZ AINOA, BARRENA MARINA EMILIA, MORENO ROMERO ASUNCION, CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL, MARTI GUILLEN LOURDES, PARDILLOS MARIN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1092

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Según la OMS, el tabaco es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. En Aragón, según los datos publicados desde 2010 a 2017 la venta de cajetillas de tabaco ha disminuido en un 36,2%, también para el tabaco de liar aunque el descenso se produjo más tardíamente pero aún así y, a pesar de las múltiples estrategias realizadas para conseguir la abstinencia tabáquica, el número de fumadores es aún muy elevado con las consecuencias que esto conlleva. Es por ello, que desde los centros de salud se puede incidir en la prevención y ayudas para dejar de fumar mediante una intervención breve (entendiéndose como intervención breve los criterios que marca el OMI-AP de abordaje oportunista mediante la entrevista profesional/paciente centrada en el uso de tabaco y cuya duración no exceda los 10 minutos, no supere las 3 visitas anuales y la duración total anual no sobrepase los 30 minutos [deberá tener cumplimentado el test de Richmond]) y crear carteles promotores e informativos de los efectos del tabaco para concienciar a la población. Además, en aquellos pacientes fumadores, se debe realizar una espirometría para detectar de forma precoz patologías respiratorias derivadas por el consumo de tabaco; ya que una detección precoz mejora el pronóstico en la mayoría de casos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

##### Objetivos:

1. Mejorar el registro en OMI de detección del hábito tabáquico entre los usuarios del CS (Pacientes = 15 años a quienes se ha preguntado por consumo de tabaco (DGP "TABACO") en los últimos 2 años)
2. Realización de una intervención breve en fumadores para reducir el consumo de tabaco y establecer hábitos saludables, la cual se activa en pacientes = 15 años registrados como fumadores ("FUMADOR=SI") al menos un año antes del periodo de evaluación, sobre los que se ha hecho algún tipo de intervención relacionada con el tabaquismo.
3. Tener todos los fumadores una espirometría y, en caso negativo, realizar una espirometría
4. Realización de cartel informativo dando a conocer los efectos perjudiciales del tabaco y proporcionar recursos para dejar de fumar

##### Resultados:

1. Alcanzar un porcentaje de registro de hábito tabáquico (SI/NO) en un 75% de los usuarios del CS.
2. Realización de intervención breve en el 70% de pacientes registrados como fumadores
3. Realización de espirometría en el 70% de pacientes registrados como fumadores
4. Promoción de hábitos saludables y de abstinencia tabáquica mediante la publicitación de cartel informativo en los diferentes consultorios médicos asociados al CS de e Institutos.

Población diana: Usuarios del CS de = 15 años

#### MÉTODO

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de usuarios del CS (programada/demanda) del registro de hábito tabáquico para realizar intervención breve y comprobar si tienen realizada al menos una espirometría.
2. Captación de nuevos usuarios al registro de hábitos tóxicos (Tabaco SI o NO) en visitas programadas/demanda
3. Realización de espirometría a todos aquellos usuarios del CS fumadores que no se hayan realizado nunca una.
4. Realización de cartel informativo dando a conocer los efectos perjudiciales del tabaco y promocionando recursos para ayudar a dejar de fumar
5. Información individual en consulta sobre los efectos nocivos del tabaco y la promoción de los hábitos saludables

#### INDICADORES

Indicador N°1: % registro de hábitos tóxicos

Definición: Porcentaje de pacientes mayores de 15 años a los que se les ha interrogado y registrado sus hábitos tóxicos trimestral

##### Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años del CS Daroca a los que se les ha preguntado y registrado sus hábitos tóxicos

Denominador: Número de pacientes mayores de 15 años del CS de Daroca

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1092

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE DETECCIÓN DE FUMADORES ENTRE LOS USUARIOS DEL CS Y REALIZACIÓN DE, AL MENOS, UNA ACTUACIÓN BREVE Y UNA ESPIROMETRIA

Valor a alcanzar: 75%

Indicador N°1: % intervención breve en pacientes registrados con hábito tabáquico

Definición: Porcentaje de pacientes mayores de 15 años registrados en OMI como fumadores a los que han sido beneficiados de una intervención, al menos, breve.

Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una intervención, al menos, breve

Denominador: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico

Valor a alcanzar: 75%

Indicador N°3: % pacientes con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometria

Definición: Pacientes mayores de 15 años con hábito tabáquico que se haya realizado una espirometria con el fin de obtener al menos un primer registro

Fórmula:

Numerador: Numero de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico a los que se les ha realizado una espirometría en el año

Denominador: Total de pacientes mayores de 15 años registrados con hábito tabáquico

Valor a alcanzar: 50%

Se promocionarán los hábitos de vida saludables mediante cartel informativo/divulgativo en los diferentes centros médicos que pertenecen al CS de y los centros educativos

#### DURACIÓN

Inicio: 01/01/2019

Finalización: 31/12/2019

#### 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 - 2019/1093

### 1. TÍTULO

#### AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... AINOA CUADRADO GONZALEZ  
· Profesión ..... MIR  
· Centro ..... CS DAROCA  
· Localidad ..... DAROCA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

BERGUA DIEZ VIOLETA  
BES FRANCO ANGEL  
CASTAÑO PRIETO JOSE MANUEL  
SIMON APARICIO MARIA PAZ  
BES GIMENEZ ANA V  
RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión entre los componentes del proyecto en el primer trimestre y otras de control al semestre para valorar los resultados del proyecto. Se refuerza la necesidad de incluir a los pacientes de entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) como tales e incluirlos en los planes de cuidados y revisar de esta forma los síntomas de la patología y el registro de espirometrías.

Además, con los pacientes diagnosticados de EPOC se ha obtenido un listado para que ahora, en cuanto comience la campaña de vacunación de la gripe, priorizar sobre ellos, hacer campaña para fomentar la vacunación y, en cuanto dispongamos de las vacunas, administrárselas de la forma más precoz posible.

Se han revisado los listados tanto desde enfermería como médicos y se han comprobado con las historias de OMI de los usuarios del CS que han acudido a consulta para registrarlos como EPOC y se les han registrado los síntomas respiratorios, estableciéndose una tendencia estacional con el cambio de clima y observándose exacerbaciones leves de la sintomatología respiratoria con la entrada del otoño. A aquellos que no presentan el diagnóstico como tal pero si factores de riesgo se les ha realizado espirometría para establecer el diagnóstico si procede (debemos tener en cuenta que el espirómetro ha estado fuera de servicio durante más de 2 meses, por lo que la realización de espirometrías se ha retrasado y, por lo tanto, a final de año se ha hecho hincapié en la realización de la misma en aquellos que no presenten alguna en el último año).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como se comentó en el proyecto inicial y, siendo una de las principales motivaciones para desarrollarlo, en nuestra ZBS la prevalencia de EPOC estimada a finales de 2018 fue del 4,20% siendo muy dispar entre los diferentes cupos médicos (rango 2,63-7,64%), ocurriendo lo mismo con el indicador de síntomas respiratorios.

Actualmente, se han detectado 39 pacientes registrados como EPOC e incluidos en los planes de cuidados los cuales corresponden a un 4,07% (respecto al 4,20% estimado a finales de 2018 no hemos detectado nuevos casos o realizado nuevos registros). Para alcanzar nuestro objetivo debemos aumentar el registro hasta 9,07%. Si comparamos con Calatayud y Aragón estamos discretamente por encima de la media (Aragón 2,55% y Calatayud 3,8%).

El registro de síntomas en los pacientes diagnosticados de EPOC está en un 40%; habiendo aumentado un 18% respecto memoria previa de seguimiento.

En relación a otro proyecto que estamos haciendo de forma simultánea, captando los pacientes fumadores realizando espirometría en todos ellos para realizar el diagnóstico de EPOC de forma precoz.

La cobertura vacunal antigripal en pacientes con diagnóstico de EPOC en la Campaña 2019/2020 es del 87,5% de los pacientes, habiéndose priorizado la administración de dicha vacuna a pacientes de mayor riesgo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La prevalencia de EPOC y el registro de sintomatología es un punto flojo que se detecta en nuestra ZBS, por lo que debemos continuar trabajando en ello.

A colación de otro proyecto que llevamos de forma simultánea en relación con el tabaquismo, los pacientes que sean fumadores se les realiza espirometría y, además, en función del resultado de la espirometría lograremos realizar el diagnóstico de EPOC.

#### 7. OBSERVACIONES.

El espirómetro estuvo fuera de servicio durante dos meses, cosa que ha retrasado la labor asistencial en este aspecto.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1093 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1093

Título  
AUMENTO DE DETECCION Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS DAROCA

Autores:  
CUADRADO GONZALEZ AINOA, BERGUA DIEZ VIOLETA, BES FRANCO ANGEL, SIMON APARICIO PAZ, RODRIGUEZ MIJANGOS IDOIA,



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1093

### 1. TÍTULO

#### AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS

RIHUETE CASTAN JUAN CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS DAROCA

##### TEMAS

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

##### PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las causas más frecuentes de muerte e invalidez en el mundo contemporáneo, la cual se caracteriza por un proceso inflamatorio que produce obstrucción poco reversible de las vías aéreas pequeñas, así como destrucción de las paredes alveolares (enfisema). En su etiopatogenia intervienen diferentes elementos pero especialmente el humo del tabaco. A pesar de que la gravedad se establece por escalas multidimensionales BODE/BODEx, se puede realizar una aproximación a la gravedad a partir del flujo aéreo (espirometría), disnea, nivel de actividad física e historia de agudizaciones (síntomas respiratorios). Enlazando este proyecto con otro que se va a realizar desde el mismo CS en cuanto a la detección de tabaquismo ya que el humo del tabaco es uno de los principales factores que intervienen en la patogenia de la EPOC. Realizando los dos proyectos de forma simultánea, se pueden complementar los datos y detectar aquellos pacientes fumadores de entre 40-79 años para la realización de espirometría (en caso de que no tengan ninguna realizada) para evaluar el flujo aéreo y detectar si existe o no obstrucción del flujo aéreo y pudiendo diagnosticar a estos pacientes de EPOC (R95), además de incidir en ellos mediante una intervención breve para reducir el consumo del tabaco y frenar la progresión de dicha patología. En nuestra ZBS la prevalencia de EPOC estimada a finales de 2018 fue del 4,20% siendo muy dispar entre los diferentes cupos médicos (rango 2,63-7,64%), ocurriendo lo mismo con el indicador de síntomas respiratorios.

##### RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la cobertura de los pacientes entre 40-79 años con diagnóstico de EPOC (R95)
2. Confirmar el diagnóstico de EPOC en todos los pacientes
3. Mejorar el registro en OMI-AP de síntomas respiratorios en los pacientes con diagnóstico de EPOC
4. Aumentar la cobertura vacunal de la gripe en los pacientes diagnosticados de EPOC

Resultados que se esperan alcanzar:

1. Conocer el grado de incremento en la prevalencia de EPOC alcanzada entre los usuarios del CS tras la intervención.
2. Mejorar el registro de espirometrías en los pacientes diagnosticados de EPOC.

##### MÉTODO

1. Revisión por parte de medicina y enfermería de las historias de OMI de usuarios del CS de (programada/demanda) de entre 40-79 años del registro del diagnóstico de EPOC (R95)
2. Detectar pacientes no diagnosticados de EPOC pero con factores de riesgo y realización de espirometría para establecer el diagnóstico
3. Registrar los síntomas respiratorios en pacientes diagnosticados de EPOC
4. Programa de vacunación antigripal en pacientes diagnosticados de EPOC

##### INDICADORES

Indicador N°1: Incremento de la Prevalencia de EPOC en la ZBS

Definición: % de incremento de la prevalencia de EPOC registrada.

Fórmula:  
Numerador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al final de abril de 2019

-  
% población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al inicio de abril de 2019

Denominador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) y algún registro al inicio del periodo de evaluación

Valor a alcanzar: 5%

Límite inferior: 4,20%

Indicador N°2: Confirmación del diagnóstico de EPOC

Definición: % de pacientes con EPOC con espirometría diagnóstica

Fórmula:

Numerador: % población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) cuyo cociente sea <70%

Denominador: % población entre 40 y 79 años con registro diagnóstico de EPOC (R95)

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 60%

Indicador N°3: Síntomas respiratorios en los pacientes con diagnóstico de EPOC

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1093

### 1. TÍTULO

#### AUMENTO DE DETECCIÓN Y REGISTRO DEL PACIENTE EPOC ENTRE LOS USUARIOS DEL CS

Definición: % de pacientes con EPOC que se ha registrado en OMI la exploración de sintomatología respiratoria.

Fórmula:

Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95)

Denominador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) que tienen registro de síntomas respiratorios en OMI

Valor a alcanzar: 70%

Límite inferior: 20%

Indicador N°4: Incremento de cobertura vacunal antigripal en pacientes con diagnóstico de EPOC (Campaña 2019/2020)

Definición: % de pacientes con EPOC a los que se les ha administrado la vacuna antigripal

Fórmula:

Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95)

Denominador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC (R95) que han recibido vacuna antigripal

Valor a alcanzar: 80%

Límite inferior: 70%

Fuente de datos: OMI-AP y BDU

#### DURACIÓN

Fecha de inicio: Abril 2019

Fecha finalización: Abril 2020

#### OBSERVACIONES

G.Cosío B. EPOC. Arch Bronconeumol. 2007;43 (supl 2): 15-23

Miravittles M et al. Normativa SEPAR. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2012;48(7): 247-257

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 - 2018/1159

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BEATRIZ BARDAJI RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ILLUECA  
· Localidad ..... ILLUECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA  
FERRANDO AZNAR CLARA  
MARCELIN JEAN ELIE  
JUNCOSA OLIVERA DANIEL  
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan sesiones, para un total de 92 alumnos, con una media de 15 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 90 minutos (el año pasado, después de la valoración final, nos pareció que las sesiones fueron demasiado cortas), en las que se incluye:

? Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencias básicas como atragantamiento y posición lateral de seguridad.

? Taller práctico con maniqués preparados para entrenamiento de las maniobras, donde practican RCP para legos y Posición Lateral de seguridad, afianzando conocimientos adquiridos en la sesión teórica. Este año disponíamos de 4 maniqués de adultos, dos bebés y un niño, además de un desfibrilador automático.

? Ejercicios de posición lateral de seguridad practicando entre ellos.

? Realización de un caso práctico planteando situaciones simuladas que pueden ocurrir en la vida real, intentando que sean capaces de resolverlas y, sobre todo, de pedir ayuda al 112 y seguir sus instrucciones hasta la llegada de los servicios médicos.

Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:

- 30 de septiembre 2019: 35 alumnos
- ? 1ª sesión: 4º A ESO con 17 alumnos
- ? 2ª sesión: 4º B ESO con 18 alumnos
  
- 1 de octubre 2019: 28 alumnos
- ? 1ª sesión: 3º A ESO y 2º FPB con 12 alumnos
- ? 2ª sesión 3º B ESO con 16 alumnos
  
- 3 de octubre de 2019: 29 alumnos
- ? 1ª sesión: 3º C ESO con 14 alumnos
- ? 2ª sesión: 3º PMAR con 15 alumnos

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### A. Valoración de las sesiones:

Se entrega encuesta para la valoración de la actividad por los alumnos con escala del 1 al 5 con los siguientes resultados:

1. Duración actividad: 81,54% puntúan con un 4/5
2. Expectativas cubiertas: 84,77% puntúan con 4/5
3. Utilidad: 70,73% puntúan con 4/5
4. Material del curso: 92,38% puntúan con 4/5
5. Formador: 88,04% puntúan con 4/5
6. Valoración del curso en general: 90,21 puntúan con 4/5

##### B. Caso práctico:

El 92% de los alumnos fueron capaces de resolver los casos prácticos planteados, realizando simulaciones de muertes súbitas y atragantamientos y como responder a las preguntas del personal del 061.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de esta actividad ha sido muy satisfactorio tanto para los que la hemos impartido como para los alumnos. Hemos intentado que aprendan cosas muy básicas y sencillas, fáciles de recordar, deseando que sean conscientes de su importancia para poder salvar una vida. Creemos que vamos por el buen camino, aunque para que los chicos lleguen a valorar la importancia de saber realizar una RCP básica, se debería empezar desde más pequeños, tal y como recomienda la OMS y se está realizando en EEUU.

En general, las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas.

Este año se da por finalizado en proyecto de mejora dejando implantado como una actividad anual la realización del taller y con la idea de poder ampliar la actividad a los más pequeños con la adaptación a su edad.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1159 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1159

Título  
TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Autores:  
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, FERRANDO AZNAR CLARA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, MARCELIN JEAN ELIE, JUNCOSA OLIVERA DANIEL, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros  
Otro tipo Objetivos: EDUCACION PARA LA SALUD

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

**PROBLEMA**  
La parada cardiorrespiratoria es la principal causa de muerte tanto a nivel nacional como internacional. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes al año y la tendencia va en aumento. En España los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen más de 24.500, lo que equivale a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos. El 60% de estos paros cardíacos se producen en presencia de testigos, amigos o familiares. Se conoce que si los testigos iniciaran las maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces; de hecho, por cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP, disminuyen entre un 8 y un 10% las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardíaca. Y no se trata solo de salvar vidas: una RCP bien efectuada reduce considerablemente las secuelas neurológicas que podría tener una parada cardiorrespiratoria.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
La lucha para revertir estos datos requiere, necesariamente, trasladar a la población los conocimientos y técnicas básicas en reanimación cardiovascular. Es muy importante que toda la población esté concienciada y conozca la cadena de supervivencia para así poder actuar correctamente, poniendo en marcha de forma precoz los primeros eslabones, que consisten en el reconocimiento de la emergencia, activación de los servicios de emergencias y realización de las técnicas de RCP. El 100% de la sociedad ha de cumplir la obligatoriedad de escolarización hasta la edad de 16 años, esto convierte a los estudiantes en la población diana ideal para el aprendizaje de las técnicas de resucitación cardiopulmonar por varios motivos:  
- Los jóvenes, a diferencia de los adultos, son más asequibles, retienen mejor los conocimientos y habilidades adquiridas, ya que es la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje, y estos conocimientos son más duraderos en el tiempo.  
- Se motivan con facilidad, lo que significa que los conocimientos y habilidades transmitidas, no solo llega a la población diana, sino también a su entorno: padres, hermanos, amigos, etc.  
Desde el IES de Calanda nos demandan la posibilidad de realizar alguna actividad sobre RCP y primeros auxilios para los alumnos más mayores, chicos de 3º y 4º de la ESO. Tras comentarles la idea del proyecto les parece muy interesante y educativo.

**MÉTODO**  
- Realizar sesiones, con 10 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 50-55 minutos, hasta completar el número de alumnos exitentes en 3º y 4º de la ESO.  
- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad).  
- Taller práctico con maniquí preparado para entrenamiento de las maniobras, por parte de los alumnos, de una forma activa.

**INDICADORES**

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

### 1. TÍTULO

#### TALLER DE FORMACIÓN BÁSICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

- Al final de los talleres se expondrá algún caso práctico para que sea resuelto por los alumnos y poder evaluar los conocimientos adquiridos.
- Cuestionario satisfacción de la actividad

#### DURACIÓN

- La duración del proyecto dependerá de la cantidad de alumnos de 3º y 4º de la ESO del curso escolar de realización, contando que en cada sesión habrá 10 alumnos, para que todos puedan participar en la práctica con maniquí.
- El proyecto se realizará durante el curso escolar, con la idea de que sea un proyecto que se realice todos los años para los chicos de 3º y 4º. Así podemos mantener una continuidad en la formación a los estudiantes sobre conocimientos básicos en RCP.
- Empezaremos en el curso 2018-2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

### 1. TÍTULO

#### EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PILAR GARCIA REDONDO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ILLUECA  
· Localidad ..... ILLUECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera quincena del mes de octubre de 2018 preparamos el power point que posteriormente se utilizaría en las sesiones de educación, un test de evaluación para los asistentes y una encuesta final de satisfacción .

El test de evaluación de conocimientos consiste en 12 preguntas relacionadas con los temas a tratar, con tres posibles respuestas cada una.

La encuesta de satisfacción final valora los siguientes aspectos con una posible puntuación del 1 al 4, siendo 1 mala, 2 regular, 3 buena y 4 muy buena:

- Organización.
- Actividad formativa.
- Evaluación global.

Una vez finalizado se explica el proyecto al resto de compañeros del equipo de enfermería y se llega a la conclusión de que tres sesiones son demasiadas para garantizar la asistencia de los pacientes, por lo que se acuerda llevar a cabo dos sesiones por grupo de 90 minutos cada una.

Cada enfermero del equipo se encarga de seleccionar los pacientes de su cupo candidatos a participar en proyecto, se les informa de que cada grupo no podrá exceder el número de 12/15 personas.

Los contenidos de dichas sesiones se dividen en :

1º SESIÓN: Conceptos generales relacionados con la diabetes, complicaciones agudas, importancia del ejercicio físico.(Imparte Ángela María Sánchez López)

2º SESIÓN: Alimentación en diabetes, tratamientos, control, complicaciones crónicas y diabético. (Imparte María pilar García Redondo) pie

Contactamos con cada ayuntamiento para que se nos habilite una sala equipada para poder impartir la sesiones .

Se convoca a los pacientes seleccionados mediante llamada telefónica o en la consulta de forma presencial.

Durante el año 2018 se realizan las sesiones en el siguiente orden y fechas:

- Jarque del Moncayo : 18 y 25 de octubre.
- Tierga y Trasobares: 8 y 15 de noviembre.
- Gotor e Illueca: 22 y 29 de noviembre.
- Brea de Aragón: 13 y 20 de diciembre.

Tras la baja asistencia en las anteriores convocatorias de Illueca, se lleva a cabo una captación más activa de los pacientes contactándolos a través de vía telefónica con intención de aumentar la asistencia en el próximo año.

A lo largo del 2019 continuamos realizando las sesiones en los municipios pendientes:

- Brea de Aragón: 15 y 22 de enero.
- Illueca; 15 y 22 de enero. 21 y 28 de febrero, 23 y 30 de mayo.
- Aranda del Moncayo: 7 y 14 de febrero.

Antes de comenzar la primera sesión, los asistentes contestan el test de evaluación para valorar conocimientos previos . Al finalizar la segunda sesión se realiza el mismo test para valorar conocimientos adquiridos y se rellena la encuesta de satisfacción.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Para conseguir una valoración objetiva del proyecto, a la hora de medir resultados, se han tenido en cuenta únicamente el cuestionario y la valoración final de los pacientes que han acudido a las dos sesiones.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

### 1. TÍTULO

#### EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

##### INDICADORES:

- Número de asistentes del total de convocados:

Se convocan 132 pacientes entre todos los municipios y asisten 52 pacientes a las dos sesiones, 28 sólo a la primera sesión y 12 sólo a la segunda sesión. Es decir, 92 personas acuden a alguna convocatoria, pero para poder valorar los indicadores y ser escrupulosos, valoraremos los datos extraídos de los pacientes que han acudido a las dos sesiones, es decir 52 personas. Del total de convocados asisten el 39 %, por lo tanto no cumplimos el objetivo del 50%.

- Número de personas que superan el test de evaluación final tras la segunda sesión:

51 personas de las 52 que acuden a las dos sesiones superan el test teniendo en cuenta que hemos considerado que superar el test consiste en contestar correctamente al menos 10 de las 12 preguntas.

Del total de asistentes, el 98% supera el test por lo que se alcanza el objetivo del 70%.

- Número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones:

En los dos primeros items a valorar (organización y actividad formativa), los 52 asistentes se muestran satisfechos, es decir, puntúan con un 3 o con un 4. En el tercer item (evaluación global) hay 4 personas que no contestan y 48 se muestran satisfechas puntuando con 3 ó 4.

Del total de asistentes, el 100% se muestra satisfecho, por lo que se alcanza el objetivo del 70%. A continuación se detallan el resto de indicadores a valorar pasados 6 meses de realizar las sesiones. (puntualizar que dos de los pacientes habían fallecido en el momento de la evaluación de los indicadores):

-Número de personas que han mejorado su glucemia pasados los 6 meses:

29 personas mejoran su glucemia suponiendo un 58% del total, por lo que se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que mejoran el valor de hemoglobina glicosilada pasados 6 meses:

25 personas mejoran el valor suponiendo el 50% por lo que se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que han reducido su IMC:

21 personas han reducido el IMC suponiendo el 42%, por lo que no se alcanza el objetivo del 50%.

-Número de personas que han reducido complicaciones (hipo- hiper):

Los datos que podemos extraer de forma objetiva es lo registrado en el protocolo diabetes OMI "Hipoglucemias sintomáticas". 33 pacientes han mantenido la ausencia de hipoglucemias sintomáticas, 2 la han mejorado, 3 han empeorado, 1 no ha mejorado y 11 faltan por registrar.

Si valoramos los que han tenido ausencia de complicaciones o mejora de la misma, 35 personas reducen o mantienen complicaciones, suponiendo un 70% por lo que se cumple el objetivo del 50%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez finalizado el proyecto podemos extraer las siguientes conclusiones:

1.- Con el sistema de captación telefónica de pacientes, esperábamos mayor aceptación por los usuarios, ya que entendíamos que este proyecto aportaba importantes conocimientos que podían afectar positivamente a su enfermedad.

De los 132 pacientes comprometidos inicialmente a asistir, sólo 52 completan las 2 sesiones del proyecto. De este dato podemos concluir que o bien no hemos sido capaces de transmitir al paciente la importancia del mismo o bien el paciente no valora lo suficiente la formación.

2.- Los pacientes asistentes han adquirido conocimientos para poder manejar mejor su enfermedad.

3.- La mayoría de los asistentes se muestran satisfechos con la organización, actividad y proyecto en general.

4.- Respecto a los indicadores clínicos, pasados los 6 meses de la formación se alcanzan los objetivos de mejora de glucemia, se mantiene el objetivo de disminución del valor de hemoglobina glicosilada, no se alcanza el objetivo de mejora del IMC y se cumple el objetivo de reducción de complicaciones.

Para finalizar, los componentes del proyecto nos mostramos satisfechos con el trabajo realizado, ya que la gran parte de los asistentes nos han trasladado una valoración muy positiva del mismo.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

### 1. TÍTULO

#### EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1275 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1275

Título  
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Autores:  
GARCIA REDONDO PILAR, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

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

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

#### PROBLEMA

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a un 5% de la población general y a un 14% de mayores de 65 años.  
El abordaje de este problema de salud requiere de diferentes intervenciones ejecutadas por un grupo multidisciplinar. Una de estas intervenciones es la educativa, incluida dentro de la cartera de servicios. La educación para la salud (EPS) enmarcada en el trabajo con grupo, aporta ventajas y beneficios como la mejor comprensión de conocimientos, ayuda a cambiar el autoconcepto y autopercepción, facilita las relaciones y mejora las habilidades sociales.  
En lo que se refiere a los diabéticos, los abordajes grupales en EPS han puesto de manifiesto la elevada satisfacción y aumento de capacitación para el manejo y control de la enfermedad.  
El presente proyecto pretende reflejar la puesta en marcha y la evaluación de la intervención enfermera en EPS grupal llevada a cabo con pacientes diabéticos tipo II en las poblaciones pertenecientes al C.S. Illueca.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Que los pacientes adquieran conocimientos acerca de su enfermedad, complicaciones y manejo para el buen control relacionados con:  
-Conceptos clave: diabetes, tipos, insulina, páncreas, energía.  
-Alimentación: grupos de alimentos, distribución, cantidades...  
-Ejercicio físico: importancia en la diabetes, precauciones, prevención de hipoglucemias..  
-Control/autocontrol de los niveles de glucosa: justificación del autocontrol si procede, técnica correcta si procede, horario, frecuencia, interpretación de resultados, registro de datos. En pacientes que no requieran autocontrol, explicar la importancia de acudir a los controles periódicos en consulta.  
-Tratamiento con ADO/insulina: tipos, mecanismos de acción, correcta administración..  
-Hipo/hiperglucemias: concepto, síntomas, prevención, tratamiento, manejo del glucagón...  
2. Que los pacientes expresen una mejor o mayor aceptación de su problema y un adecuado manejo del mismo.  
3. Que los pacientes pongan en práctica acciones para el control de su enfermedad.

#### MÉTODO

Se realizarán tres sesiones por grupo de 90 minutos cada una, cada grupo no será superior a 12-15 personas. Se impartirán sesiones teóricas tras las cuales se fomentará la participación del grupo para que expresen dudas, experiencias, opiniones...  
Para finalizar, si lo requiere la actividad, se llevará a cabo taller práctico.  
Sesión 1: Conceptos clave en diabetes/alimentación  
Sesión 2: Ejercicio físico/autocontrol y control en consulta.  
Sesión 3: Tratamiento/hipo e hiperglucemias.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1275

### 1. TÍTULO

#### EDUCACIÓN GRUPAL EN DIABETES EN EL C.S. ILLUECA

Recursos:Pizarra,proyector,material diabético,material educativo escrito.

##### INDICADORES

Evaluaremos el proyecto mediante:

- Registro de asistencia
- Cuestionarios de evaluación anónimos tras cada sesión
- cuestionarios de satisfacción final.

A los seis meses se evaluarán datos de los pacientes:glucemia,hemoglobina glicosilada,control de peso,número de hipoglucemias.

Indicadores:

- número de asistentes del total de convocados
- número de personas que superan el test de evaluación final tras cada sesión.
- número de personas satisfechas con el proyecto tras finalizar las sesiones.

Indicadores a los seis meses:

- Número de personas que han mejorado su glucemia
- Número de personas que han mejorado el nivel de hemoglobina glicosilada
- Número de personas que han reducido su IMC
- Número de personas que han reducido complicaciones(hipo e hiperglucemias).

##### DURACIÓN

Se realizarán sesiones de 90 minutos una vez por semana de entre 12 y 15 personas.Como mínimo se pretende conseguir un grupo por cada municipio,por tanto un mínimo de 21 sesiones.Se prevé que en los municipios de Illueca y Brea de Aragón se origine mas de un grupo.

##### 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 - 2019/1218

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL C.S. ILLUECA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROCIO MELUS ROJAS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ILLUECA  
· Localidad ..... ILLUECA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

SANCHEZ LOPEZ ANGELA  
LATORRE RUIZ CRISTINA  
TORRIJO SOLANAS ROBERTO  
GARCIA REDONDO MARIA PILAR  
ELIAS GAVILANES MERCEDES  
HERRERO CASTILLO EVA  
MILLAN RUIZ CARLOS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. En el primer trimestre del año se realiza una sesión formativa el 15 de marzo a cargo del responsable del proyecto para plantear a todos los componentes del equipo del C.S Illueca la estrategia de mejora que se quiere llevar a cabo en la revisión y registro del anciano polimedicado en todas las consultas de enfermería del centro.  
2. En el segundo trimestre del año se realiza una nueva sesión el 10 de mayo a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los EAP y MAP del equipo. En ella se plantean los objetivos a alcanzar en este proyecto. Se revisa la cartera de servicios del anciano polimedicado en nuestra ZBS y se instruye a todos los sanitarios en la técnica de localización de los pacientes en OMI y su correcta cumplimentación de los datos según el protocolo.  
3. Durante los siguientes meses, de manera bimensual, el responsable del proyecto va mandando correos informativos a todos los miembros del equipo con las cifras de los resultados que vamos alcanzando y animando a todos los componentes a seguir poco a poco captando más pacientes y realizando la revisión del tratamiento crónico.  
4. En el tercer trimestre del año, y aprovechando la nueva incorporación de miembros al equipo, se realiza la segunda reunión formativa el 25 de octubre, a cargo del responsable del proyecto para repasar los objetivos a alcanzar y la adecuada cumplimentación de los datos en OMI.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En nuestra ZBS, según los datos de la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud, atendemos a 470 personas con 75 años o más y que presentan activos en su Historia Clínica más de 5 fármacos de manera crónica, este es el 100% de población diana de nuestro proyecto.  
Indicador 1: Alcanzar el 60% de pacientes ancianos polimedificados (= 75 años) a los que se ha efectuado revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.  
En junio al finalizar el primer semestre habíamos alcanzado un resultado del 29,89% de todos los pacientes polimedificados, es decir 140 pacientes revisados en consulta de enfermería, dato muy favorable. Las revisiones de medicina derivadas desde la consulta de enfermería no se han podido evaluar porque no han podido obtenerse los datos desde OMI.  
En el mes de octubre se había alcanzado la cifra del 59,39%, 279 pacientes ancianos polimedificados revisados en consulta de enfermería.  
Y finalmente en el mes de diciembre hemos terminado el año con un total de 64,14%, 301 pacientes del total de 470, que se les ha realizado la valoración de Adherencia y Adecuación de los fármacos a la HC en la consulta de enfermería, con un correcto registro en OMI.  
Indicador 2: Revisar en consulta de medicina el 80% de pacientes polimedificados >75 años que han sido derivados por enfermería por mala adherencia y adecuación al tratamiento.  
No se han podido saber los datos de las revisiones realizadas en consulta de medicina derivadas desde la consulta de enfermería porque no nos han podido dar los datos desde OMI. Esta información se podría obtener dentro de la Valoración de la Concordancia, en el registro de si se deriva a consulta de medicina, si o no. El equipo del Centro por unanimidad decidió no realizar nada en papel ya que no disponemos de las HC escritas y no habría lugar para poder recoger esta información que en OMI si está.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dadas las cifras obtenidas, los objetivos del Proyecto se han alcanzado favorablemente. Todo el equipo ha trabajado en la búsqueda de pacientes ancianos polimedificados consiguiendo así el cumplimiento del objetivo del Proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1218

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1218

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL C.S. ILLUECA

\*\*\*\*\* \*\*\*

Nº de registro: 1218

Título  
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISION Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERIA DEL C.S ILLUECA

Autores:  
MELUS ROJAS ROCIO, SANCHEZ LOPEZ ANGELA MARIA, LATORRE RUIZ CRISTINA, TORRIJO SOLANAS ROBERTO, GARCIA REDONDO MARIA PILAR, ELIAS GAVILANES MERCEDES, HERRERO CASTILLO EVA, MILLAN RUIZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ILLUECA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pluripatología  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La Zona Basica de Salud de Illueca, según los datos de la Dirección de Atención Primaria del Sector Calatayud (DAPSC) a fecha de diciembre de 2018, atiende a una población de 5.492 habitantes, de los que aproximadamente el 791 (14,4%) son mayores de 75 años. De estos pacientes, 470 se encuentran dentro del programa de polimedocado por presentar activos en su Historia Clínica más de 5 fármacos de forma crónica. El alto consumo de fármacos supone un índice elevado de efectos secundarios y mortalidad; y en muchas ocasiones han sido prescritos por diferentes médicos, especialistas o de atención primaria, perdiendo el control de durante cuánto tiempo tienen que tomarlos o si interaccionan con otros que ya estaban tomando anteriormente. Todos los fármacos presentan efectos adversos que llevan en muchas ocasiones a empeorar la salud de nuestros pacientes si no hay un buen control de los tratamientos crónicos. Tras evaluar el cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión Clínica, hemos visto que se ha realizado una revisión del 29.07% de adherencia y adecuación de los tratamientos en la consulta de enfermería. Factor que nos proponemos mejorar. Dado el alto porcentaje de ancianos polimedocados en nuestra zona básica, nos proponemos implantar un programa de revisión de los tratamientos en la consulta de enfermería, para reducir los efectos secundarios de los fármacos, reducir el gasto farmacéutico y mejorar el uso racional de los fármacos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Revisar la adherencia y adecuación de los tratamientos en la consulta de Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.
2. Promover el trabajo en equipo mediante la coordinación entre enfermería y medicina.
3. Alcanzar un 60% de pacientes ancianos polimedocados de >75 años a los que se les ha efectuado la revisión de la adherencia y la adecuación del tratamiento en la consulta de Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.

#### MÉTODO

1. Sesión formativa a cargo del responsable del proyecto, dirigida a los MAP y EAP del C.S Illueca, para explicar la implantación del proyecto, revisar la cartera de servicios del paciente polimedocado>75 y explicar los objetivos a conseguir y el adecuado registro en OMI.
2. Reuniones semestrales con todo el equipo para valorar la evolución del proyecto con los datos del cuadro de mandos. Según resultados se hará una captación activa tanto en consulta de enfermería como de medicina.
3. Identificación de los pacientes >75 años polimedocados y captación, tanto en consulta de enfermería como de medicina, para programar una consulta de enfermería para la revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería.
4. Derivación de todos los pacientes que no presentan una adecuada adherencia al tratamiento, a la consulta de MAP. En el CS Illueca se creará una hoja de registro para los pacientes derivados. También se podría obtener la información dentro de la Valoración de la Concordancia, en el registro de si se deriva a consulta de medicina, si o no.

#### INDICADORES

1. Alcanzar el 60% de pacientes ancianos polimedocados (= 75 años) a los que se ha efectuado revisión de la adherencia y adecuación de la medicación por Enfermería dentro del Plan Personal de Revisión Estructurada de la Medicación.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1218

### 1. TÍTULO

#### ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA REVISIÓN Y REGISTRO DEL ANCIANO POLIMEDICADO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL C.S. ILLUECA

La fuente de la que se extraerán los datos será OMI - AP y eReceta

Se alcanzará el 60 % de pacientes revisados con un límite inferior del 40%.

El registro de la revisión se realizará mediante la evaluación de los DGP:

- Adherencia: DGP "CTMORSKY".
- Adecuación: DGP "AD\_TERA" (adecuación de los fármacos a la historia clínica, dentro de la Valoración de la Concordancia)

2. Revisar en consulta de medicina el 80% de pacientes polimedicados >75 años que han sido derivados por enfermería por mala adherencia y adecuación al tratamiento.

La fuente será la hoja de registro o mediante el OMI-AP (dentro de la valoración de la adecuación, en la pestaña que pregunta si derivación a consulta de medicina si o no).

Se alcanzará un valor del 80%.

#### DURACIÓN

Fecha de comienzo: enero 2019

Fecha de fin: Diciembre 2019

2º trimestre del año: Sesión a todo el equipo de la ZBS después de mandar el Proyecto a la plataforma, para explicar los objetivos, las actividades y el correcto registro en OMI-AP.

3º trimestre del año: Sesión de seguimiento de los valores alcanzados hasta ese momento. Obtención de los datos mediante el cuadro de mandos del centro.

Diciembre 2019: valoración de los resultados obtenidos y cifras de mejora respecto a los datos del año anterior.

#### 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 - 2019/1477

### 1. TÍTULO

#### UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA MURO CULEBRAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MORATA DE JALON  
· Localidad ..... MORATA DE JALON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

ABAD TUDELA CORO  
MARIN LAZARO RAQUEL  
GARCIA FRUCTUOSO MAITE  
PUERTAS CANTERIA ALFONSO  
SOS ROYO BERTA  
RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA  
GARCIA ANDRES DIANA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han revisado las guías de práctica clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda.
- Se ha realizado una sesión formativa en el EAP para la puesta en funcionamiento de este proyecto, en la que se ha explicado al equipo las indicaciones de realización de la prueba, la técnica de TRDA y la forma de registro.
- Se ha realizado una tabla Excel para recoger los datos, en la que figurarán los siguientes datos: edad del paciente, tiempo de evolución, número de criterios según la escala de McIsaac, presencia o no de alergias medicamentosas, resultado obtenido en el streptotest, antibiótico en caso de ser positivo y necesidad o no de una nueva asistencia en los 10 días siguientes.
- Se ha dejado la tabla sobre la caja que contiene los test para facilitar el registro.
- Se ha iniciado la toma de datos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador nº 1: -. Pacientes con TRDA positivo -->:21 %

Pacientes con test realizado: 72

Pacientes con test positivo: 15

Indicador nº 2: Pacientes a los que se realiza el TRDA --> no se ha podido calcular por no encontrarse registrados los pacientes con clínica de faringitis a los que NO se les realiza.

Indicador nº 3: Pacientes con TRDA falso negativo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA falso negativo

Fórmula: N° de pacientes con TRDA falso negativo\*/N° pacientes con TRDA negativo.

\*(Pacientes que habiendo dado el TRDA negativo en la primera visita, aparecieron con clínica muy sugerente de FAA y/o TRDA positivo en los 10 días siguientes)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Gracias a la realización del test se está evitando la prescripción de antibióticos en pacientes que no lo requieren.
- Al recopilar los datos, nos hemos dado cuenta de los aspectos que podrían y deberían mejorarse en el proyecto para que los indicadores establecidos se puedan calcular correctamente.
- Se observan diferencias a la hora de la prescripción del tratamiento antibiótico, lo que nos lleva a plantar una revisión sobre la misma.
- De los indicadores propuestos, el que ha podido calcularse, no presenta un resultado en rango lo que hace pensar o bien, que el porcentaje establecido no está correctamente seleccionado o bien, que se usa en exceso el reactivo.

#### 7. OBSERVACIONES.

- No se hace un buen registro o al menos que resulte valorable de los pacientes que acuden por faringoamigdalitis pero que no cumplen criterios para la realización del test.
- No se hace constancia de los pacientes que consultan por el mismo motivo, aunque revisando las tablas se puede valorara a quién se le ha repetido la prueba de nuevo.
- De algunos de los pacientes que se ven en los consultorios no tenemos todos los datos que necesitamos.
- Se debería registrar el facultativo que realiza el test por si faltan datos o se duda de alguno.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1477 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1477

Título  
UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

Autores:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1477

### 1. TÍTULO

#### UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS

LACORT BELTRAN EVA, ABAD TUDELA CORO, MARIN LAZARO RAQUEL, GARCIA F MAITE, PUERTAS CANTERIA ALFONSO, SOS ROYO BERTA, RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA, GARCIA ANDRES DIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología: faringoamigdalitis  
Línea Estratégica .: IRAS PROA  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

La faringoamigdalitis es la patología infecciosa más frecuente en AP, de etiología principalmente viral, un 10-30 por ciento son de origen bacteriano, con el Estreptococo betahemolítico del grupo A como el más frecuente. En la práctica habitual, el diagnóstico clínico, tiene baja sensibilidad (55-74%) y especificidad (58%-76%) por lo que la prescripción antibiótica es alta. Para identificarla se han propuesto varias escalas de predicción clínica y según su resultado realizar o no el test, como la de McIsaac (modificados de Centor): exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores, fiebre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , ausencia de tos y edad a partir de 3 años, positiva si cumple 2 o más criterios. Presenta una Sensibilidad y Especificidad superior al 90% y un VPN del 98%, y con su empleo, se minimiza la prescripción innecesaria de antibióticos.

Por ello se hace necesaria la implementación de proyectos como éste para hacer un adecuado uso de los recursos y racionalizar el uso de antibióticos, en línea con la estrategia del Salud sobre URM e IRASPROA.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: Determinar la utilidad en Atención Primaria de un test rápido de detección de estreptococo betahemolítico.

Objetivos secundarios:

Conocer la prevalencia de infección bacteriana por estreptococo betahemolítico en nuestro medio de trabajo.

Tratar de forma eficiente la faringoamigdalitis aguda y optimizar el uso de Antibióticos.

Evitar el contagio por EBHGA en la comunidad para romper la cadena epidemiológica.

Disminuir la variabilidad diagnóstica.

Aumentar el grado de satisfacción de los pacientes que acuden a las consulta de AP. con este proceso.

#### MÉTODO

En primer lugar se realizará una sesión formativa en el EAP para la puesta en funcionamiento de este proyecto clínico en el CS, en la que se revisará la Guía clínica para el manejo de la faringoamigdalitis aguda, las indicaciones de realización de la prueba así como la técnica de TDRA para todos los profesionales del equipo. Se realizará una tabla Excel para recoger los datos en cada una de las consultas -Medicina de Familia, Pediatría y Urgencias- en la que figurarán los siguientes datos: edad del paciente, tiempo de evolución, número de criterios según la escala de McIsaac, lpresencia o no de alergias medicamentosas, resultado obtenido en el streptotest, antibiótico en caso de ser positivo y necesidad de o no nueva asistencia en los 10 días siguientes por el mismo motivo. Para ello se seleccionarán a aquellos que acudan al centro de salud con sintomatología de faringoamigdalitis aguda.

#### INDICADORES

Indicador nº 1: -. Pacientes con TRDA positivo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA positivo

Fórmula:  $\text{N}^{\circ}$  de pacientes con TRDA positivo/  $\text{N}^{\circ}$  de pacientes a los que se realiza el TRDA en el período definido

Valor a alcanzar: 60%

Límite inferior:40%

Indicador nº 2: Pacientes a los que se realiza el TRDA

Definición: porcentaje de pacientes a los que se realiza el TRDA

Fórmula:  $\text{N}^{\circ}$  de pacientes a los que se realiza el TRDA /  $\text{N}^{\circ}$  de pacientes que consultan por clínica de faringoamigdalitis en el mismo período.

Valor a alcanzar:60%

Límite inferior: 40%

Indicador nº 3: Pacientes con TRDA falso negativo

Definición: porcentaje de pacientes con TRDA falso negativo

Fórmula:  $\text{N}^{\circ}$  de pacientes con TRDA falso negativo\*/ $\text{N}^{\circ}$  pacientes con TRDA negativo.

\*(Pacientes que habiendo dado el TRDA negativo en la primera visita, aparecieron con clínica muy sugerente de FAA y/o TRDA positivo en los 10 días siguientes)

Valor a alcanzar: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

Límite inferior: marcar el % según el valor predictivo negativo del TEST

#### DURACIÓN

Sesión clínica del equipo en marzo/abril de 2019.

Puesta en marcha a partir del 16 de abril de 2019. Evaluación a través de sesiones de Equipo cada tres meses.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1477**

**1. TÍTULO**

**UTILIZACION DEL STREPTOTEST PARA UNA PRESCRIPCION ADECUADA EN FARINGOAMIGDALITIS**

Fin del programa 15 de diciembre de 2019. Evaluación final en enero-febrero 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 - 2019/1510

### 1. TÍTULO

#### ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL MARIN LAZARO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MORATA DE JALON  
· Localidad ..... MORATA DE JALON  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMIREZ NATALIA  
SOPESENS GARETA MARIANO  
SOS ROYO BERTA  
GARCIA ANDRES DIANA  
TEJEDOR SANJOSE ROSARIO  
RAMOS ROY ISABEL  
ABAD TUDELA CORO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se prepararon las encuestas, los carteles anunciadores, las cajas a modo de buzón que se pusieron en los consultorios locales y Centro de Salud, se han repartido encuestas en las consultas y se han puesto también, junto a los buzones para coger libremente.  
Se comunicó en el Consejo de Salud, iban a hacerse encuestas de salud para mayores de dieciocho años.  
Se han recogido las encuestas rellenas.  
Posteriormente se han registrado todos los datos obtenidos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han repartido 300 encuestas de las que se han respondido 231, dos encuestas son nulas por estar rellenas de manera inadecuada. Por lo que se han respondido un 77% de las encuestas repartidas.  
El indicador que habíamos propuesto era: nº de encuestas respondidas / nº de encuestas repartidas entre un 25% y un 50%, por lo que hemos superado ampliamente este objetivo.  
El otro indicador era 278 encuestas /1000 habitantes con un nivel de confianza entre 95% y 99%, pero según la Suvey Monkey para una población de 1793 adultos con un nivel de confianza de 95% una precisión del 3% con un tamaño de 214 encuestas sería suficiente. Dado que hemos ampliado el periodo de recogida por la dificultad de conseguir respuestas consideramos que las 231 encuestas son suficientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos observado que si dejábamos las encuestas para que las recogieran los pacientes, obteníamos menos respuestas que si las dábamos en mano, por lo que el reparto ha sido sobretodo activo.

Como datos más significativos:

Hemos observado que de la población encuestada un 79.91% toma una o más veces al día fruta fresca y un 10.48% zumo natural, el 53.27% toma verdura, ensalada, hortalizas una o más veces al día. Si sumamos la proporción de carne, huevos y pescado el consumo de una o más veces al día es de 30,12%, legumbres 7,42%, productos lácteos 73.36%, comida rápida 1,74%, aperitivos, patatas fritas, ganchitos...2.62%, embutidos y fiambres 6.97%.  
Un 47,60% no come nunca comida rápida, 2.62% no come nunca pescado.  
Un 78.16% hace algún tipo de ejercicio  
Durante el año 2020, tenemos el proyecto de trabajar todos los datos comparándolos con las recomendaciones nutricionales actuales para posteriormente realizar las actividades que se consideren oportunas.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1510 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1510

Título  
ENCUESTA DE HABITOS SALUDABLES EN LA ZONA DE SALUD DE MORATA DE JALON

Autores:  
MARIN LAZARO RAQUEL, RAMIREZ DOMINGUEZ NATALIA, SOPESENS GARETA MARIANO, SOS ROYO BERTA, GARCIA ANDRES DIANA, TEJEDOR SANJOSE ROSARIO, RAMOS ISABEL, ABAD TUDELA CORO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORATA DE JALON

TEMAS



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1510

### 1. TÍTULO

#### ENCUESTA DE SALUD DE LA POBLACION ADULTA EN LA ZBS DE MORATA DE JALON

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

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

**PROBLEMA**  
Hemos comenzado a trabajar en atención comunitaria, por ello es interesante conocer los hábitos de las personas (alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol) que forman parte de nuestra Zona de Salud para a partir de los problemas que se detecten buscar soluciones.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
La población diana es adultos desde dieciocho años.  
En este año se espera recoger información, elaborarla, sacar conclusiones, para el año que viene buscar soluciones el EAP y o en coordinación con los activos comunitarios.

**MÉTODO**  
Información en el Consejo de Salud de la encuesta una vez elaborada y abierta a las sugerencias y cambios oportunos.. Información por carta a las socias de las asociaciones de mujeres y a las personas que acuerden los miembros del Consejo de Salud para mejor difusión a la población.. Comunicación de resultados y propuesta de acciones en el Consejo de Salud de otoño.  
Se necesitarán sobres, sellos, papel. Cajas que hagan de buzones.  
Los cambios previstos se podrán determinar una vez recogida la información

**INDICADORES**  
Para 1793 adultos, nivel de confianza 95%, una precisión del 3%, una proporción del 5% y un 15% de pérdidas esperadas, necesitaremos 214 encuestas respondidas como mínimo.  
Nº de encuestas respondidas/ Nº de encuestas repartidas. Entre 25% y 50%

**DURACIÓN**  
Junio: información al Consejo de Salud y elaboración definitiva de encuesta  
Julio: difusión de información con carteles en consultorios y C.S. envío de cartas..  
Octubre : Procesamiento de la información, conclusiones, puesta en común en Consejo de Salud y elaboración de acciones.  
Noviembre: Comunicación de resultados a la población.

**OBSERVACIONES**  
Se envía fuera de plazo con permiso de dirección

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1010

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA LUISA HUERTAS BADOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SAVIÑAN  
· Localidad ..... SAVIÑAN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

BLAS GABARDA JESUS  
CARAZO ANGON JESUS  
MARTIN CIMORRA FRANCISCO JAVIER  
MENDIZ ORTIGAS MARTA  
SANCHEZ REMACHA CARLA  
MERINO LABORDA JOAQUIN  
VICIOSO ELIPE LOURDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 28 de enero de 2019 en reunión de equipo se decide iniciar este proyecto de mejora. Desde entonces se ha realizado una búsqueda sistemática por parte del personal de enfermería, mediante los listados facilitados por el servicio de admisión que incluían todos aquellos pacientes que pertenecen al rango de edad susceptible de vacunación.

Además tras la puesta en marcha del programa de Vacunación desde el SALUD y la inclusión dentro de OMI de los protocolos de actuación de vacunación se ha conseguido depurar estos listados y proceder a la vacunación de aquellos pacientes que cumplieren criterios y no se hayan opuesto de una manera más eficiente.

Todos los miembros del EAP han colaborado en la detección de pacientes susceptibles de vacunación.

A pesar de haber planteado una hoja de registro, al contar ( no estaba disponible en la fase de diseño ) con el registro en OMI, esta no se ha desarrollado al considerarlo una duplicidad de registro.

El contacto con los pacientes ha sido tanto oportunista al acudir a consulta, como por contacto telefónico para que acudiesen a consulta.

A lo largo del año y con fechas 18 de mayo de 2019 y 1 de octubre de 2019 se ha realizado la monitorización del proyecto en reuniones de equipo.

La vacunación ha sido permanente a lo largo del año en función de los casos que se iban detectando.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se diseñaron los siguientes indicadores,

Indicador 1: Cobertura de vacunación tetanos.

Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos.

Objetivo: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

La población diana son 468 personas, lográndose 224 vacunaciones.

Lo que supone un 47,8% de vacunaciones superando el 40 % establecido como objetivo.

Indicador 2: Cobertura de vacunación triple vírica.

Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica.

Objetivo: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

De una población de 497, la población diana (calendario incompleto) son 93 personas, lográndose 39 vacunaciones.

Lo que supone un 41.9% de vacunaciones superando el 40 % establecido como objetivo.

Indicador 3: Cobertura de vacunación varicela.

Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna varicela en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela

Objetivo: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

De una población de 497, la población diana (calendario incompleto) son 82 personas, lográndose 33 vacunaciones.

Lo que supone un 40.2% de vacunaciones superando el 40 % establecido como objetivo.

Indicador 4: Cobertura de vacunación rubeola en mujeres en edad fértil.

Finalmente este indicador no ha sido evaluado, ya que se ha incluido dentro de la cobertura de triple vírica.

Los datos se han obtenido de listados de pacientes BDU, y de una revisión sistemática de los registros de vacunación en OMI

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diseño de este proyecto de mejora coincidió con el programa de vacunación puesto en marcha desde el

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1010

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

departamento de Salud.

Ha quedado evidenciado que el diseño fue demasiado ambicioso y sin valorar a fondo la complejidad de llevarlo a cabo en un periodo corto de tiempo, a pesar de lo cual se ha conseguido aunque sea por poco alcanzar los objetivos marcados.

Sería recomendable mantener y diseñar proyectos similares pero centrándose tan solo en un tipo de vacuna anual de cara a conseguir mejores coberturas y alcanzar cifras elevadas de todas ellas en unos pocos años .

Los protocolos de vacunación disponibles en OMI podrían ser utilizados como base para el diseño de un nuevo proyecto de mejora.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1010 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1010

Título  
MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

Autores:  
HUERTAS BADOS MARIA LUISA, BLAS GABARDA JESUS, MARTIN CIMORRA JAVIER, MENDIZ ORTIGAS MARTA, SANCHEZ REMACHA CARLA, MERINO LABORDA JOAQUIN, VICIOSO ELIPE LOURDES, JASO GRAU MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PREVENCIÓN  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Recientemente se ha implantado el calendario vacunal en el adulto ([http://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion\\_poblacion\\_adulta.pdf](http://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf)) . De cara a una mejor cobertura y estandarización de los procesos de vacunación de la población adulta dependiente de nuestra Zona Básica Salud (ZBS), creemos conveniente diseñar un procedimiento propio (hoja informativa con las indicaciones según grupo de edad y/o sexo en población mayor de 18 años) que nos ayude a conseguir este objetivo . En estos momentos se desconoce la cobertura vacunal en este grupo al ser un programa de reciente implantación. A pesar de que el nuevo calendario incluye varias vacunas, se ha decidido en una primera fase centrarnos en aquellas que consideramos más importantes por su posible trascendencia clínica: Difteria-Tétanos, triple vírica, varicela y rubeola (en mujer en edad fértil).

RESULTADOS ESPERADOS  
Mejora en la cobertura vacunal de la población adulta, utilizando el nuevo calendario vacunal de adultos.(población mayor de 18 años)

MÉTODO  
Realizar al menos dos sesiones formativas para conocer a fondo el nuevo programa de vacunación en el adulto.

Conseguir listados de población mayor de 18 años de nuestra ZBS.

Diseñar una hoja de recogida de datos que facilite la identificación de vacunas precisas para cada usuario. Se recogerá en función de edad las vacunas susceptibles de ser administradas.

Realizar revisión de los listados en cada uno de los cupos, identificando el estado vacunal de cada uno de los usuarios y recogerlo en la hoja de registro.

Comenzar vacunación de forma activa mediante la captación de los pacientes en consulta o mediante llamada telefónica tras ser identificados como candidatos a vacunación.

En caso de negativa se hará constar en su historial de vacunaciones en OMI

#### INDICADORES

Indicador 1: Cobertura de vacunación tetanos.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1010

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA COBERTURA VACUNAL DE LA POBLACION ADULTA EN LA Z.B.S SAVIÑAN

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 años con al menos una dosis de vacuna tétanos en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 años con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos.

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna tétanos debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 2: Cobertura de vacunación triple vírica.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna triple vírica en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica.

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna triple vírica debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 3: Cobertura de vacunación varicela.

Definición: % de pacientes mayores de 18 años que han recibido al menos una dosis de vacuna varicela en 2019

Fórmula: Número de pacientes mayores de 18 con al menos una dosis de vacuna varicela en 2019 / Número de pacientes mayores de 18 con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela y serología negativa

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población con calendario vacunal incompleto de vacuna varicela debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

Indicador 4: Cobertura de vacunación rubeola en mujeres en edad fértil.

Definición: % de mujeres en edad fértil 15-49 años que han recibido al menos una dosis de vacuna rubeola en 2019

Fórmula: Número de mujeres en edad fértil (15-49 años) con al menos una dosis de vacuna rubeola en 2019 / Número de mujeres en edad fértil (15-49 años) con calendario vacunal incompleto de vacuna rubeola

Valor a alcanzar: Al menos un 40% de la población (mujeres en edad fértil 15-49 años) con calendario vacunal incompleto de vacuna rubeola debe haber comenzado/reiniciado la vacunación.

#### DURACIÓN

Realizar al menos una sesiones formativa para conocer a fondo el nuevo programa de vacunación en el adulto. Antes del 15/02/2019

Una nueva sesión en el segundo semestre.

En caso de necesidad se impartirán nuevas sesiones formativas.

Conseguir listados de población mayor de 18 años de nuestra ZBS. Antes del 01/03/2019

Diseñar una hoja de recogida de datos que facilite la identificación de vacunas precisas para cada usuario. Antes del 01/04/2019

Realizar revisión de los listados en cada uno de los cupos, identificando el estado vacunal de cada uno de los usuarios y recogerlo en la hoja de registro. Antes del 01/05/2019

Comenzar vacunación de forma activa por parte del personal de enfermería deñ EAP. Antes del 01/05/2019

Monitorización semestral y análisis final 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 - 2019/1012

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PIE DIABÉTICO PARA LA POBLACIÓN PERTENECIENTE A LA ZBS SABIÑÁN

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... FRANCISCO JAVIER MARTIN CIMORRA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SABIÑÁN  
· Localidad ..... SABIÑÁN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
HUERTAS BADOS MARIA LUISA  
BLAS GABARDA JESUS  
SANCHEZ REMACHA CARLA  
MENDIZ ORTIGAS MARTA  
MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA  
NAYA MATEU YOLANDA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer semestre del año 2019 se diseñó la presentación power point que sirve de base en el desarrollo del taller práctico (Luisa Huertas/ Javier Martín). Posteriormente y también en el primer semestre y en base a esta presentación se diseñó el test de conocimientos que los alumnos deben cumplimentar antes y después de acudir al taller ( Joaquín Merino ). Se contacta con el ayuntamiento de Sabiñán que facilitará el aula donde realizar el taller. A pesar de estar previsto la realización del primer taller en el primer semestre, las obligaciones del personal de enfermería lo han impedido. A partir de septiembre se inició una búsqueda de posibles candidatos a asistir al curso ya que al tratarse de una primera edición se ha creído más eficiente no ofertarlo de forma generalizada sino adecuar las características de los posibles alumnos ( pacientes y familiares motivados) Con fecha 15/11/2019 se ha realizado el primer taller a cargo de Javier Martín y al que han acudido un total de 8 personas. Se han realizado test previo y posterior al taller para evaluar la adquisición de conocimientos, así como encuesta de satisfacción. En las reuniones de equipo mantenidas a lo largo del año se ha monitorizado el avance del programa.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se habían diseñado tres indicadores:

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.

Estándar: dado que se trata de una nueva actividad se fija un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.

Fuente de datos: registro de actividades formativas.

Este indicador no se ha cumplido ya que de los dos talleres inicialmente programados tan solo se ha podido llevar a cabo uno. El hecho de que solo haya tres profesionales de enfermería, implicados no tan solo en su actividad diaria sino también en otros proyectos de actividades comunitarias han dificultado la programación de los dos talleres.

Indicador 2: satisfacción

Número de asistentes que consideran la actividad adecuada (nota media mayor de 7 en la encuesta de satisfacción) /Número de asistentes

Estándar: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad

Fuente de datos: encuesta de satisfacción.

En la encuesta de satisfacción se ha preguntado sobre DURACIÓN / EXPECTATIVAS / UTILIDAD / MATERIAL / FORMADOR Así como una casilla en blanco para observaciones.

Todos los asistentes (100%) han valorado cada uno de los apartados con una nota mínima de 8 superando el estándar fijado en un 60% y obteniendo cifras medias en cada uno de ellos de

DURACIÓN 9 EXPECTATIVAS 9.6 UTILIDAD 9.8 MATERIAL 9.6 FORMADOR 10

Con una nota media global entre todos los items de 9.55

Indicador 3: Conocimientos adquiridos por parte de los pacientes

Estándar: al menos el 60% de los asistentes han mejorado sus conocimientos tras la actividad

Número de asistentes que han mejorado sus conocimientos (Nota mayor de 6) / Número de asistentes

Fuente de datos: Test de conocimientos pre y post formación

De los 8 participantes, dos consiguieron ya la puntuación máxima en el test previo y la mantuvieron en el posterior. De los seis restantes el 100 % han mejorado los conocimientos superando el estándar fijado en un 60% . La nota media obtenida en el test previo ha sido de 8 ( rango 6-10) y en el posterior de 9.9 ( rango 9-10)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta ahora la información del cuidado del pie diabético se desarrollaba en nuestras consultas de forma individualizada, el ofertar una mejora en esta formación de forma colectiva ha resultado enriquecedora y gratificante no solo para los asistentes sino también para el personal de enfermería implicado. En un ámbito rural como en el que desarrollamos nuestra labor, existe una difusión rápida de la experiencia y ya hay más interesados en participar en esta actividad, por lo que la vamos a incluir dentro de nuestras

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1012

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

actividades anuales.

Podría resultar interesante diseñar algún estudio que analizase el efecto real de estas intervenciones sobre la reducción de la aparición de complicaciones en el pie diabético

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1012 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1012

Título  
PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

Autores:  
MARTIN CIMORRA JAVIER, HUERTAS BADOS MARIA LUISA, BLAS GABARDA JESUS, SANCHEZ REMACHA CARLA, MENDIZ ORTIGAS MARTA, MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA, NAYA MATEU YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

#### 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 DM enfermedad prevalente en la actualidad, lleva aparejada entre otras complicaciones la aparición de lesiones en los pies (pié diabético) que implica un incremento de la morbi/mortalidad. En los últimos años se ha mejorado la formación del personal en la atención de esta patología y creemos conveniente entrelazarlo con la implantación de actividades comunitarias, fomentando los conocimientos de la población sobre todo en lo relacionado con el autocuidado de los pies.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Capacitar a la población diabética de nuestra ZBS, en el cuidado de los pies con el objetivo de disminuir la incidencia de aparición de complicaciones, así como en el reconocimiento de signos de alarma.

#### MÉTODO

Se realizarán por parte del personal de enfermería al menos dos talleres formativos dirigidos a diabéticos. Estos se podrían ampliar en número y realizar en otras localidades en el caso de que la asistencia lo justifique. Se prevé que estos tengan lugar en la localidad de Sabiñán (cabecera) aunque abiertos a todos los usuarios de la ZBS. Se realizará convocatoria mediante cartelería en todos los consultorios así como la oferta activa por parte del personal a los pacientes identificados como diabéticos.

#### INDICADORES

Indicador 1: número de sesiones formativas impartidas.  
Estándar: dado que se trata de una nueva actividad se fija un estándar mínimo para este año de dos sesiones formativas.  
Fuente de datos: registro de actividades formativas.  
Indicador 2: satisfacción  
Número de asistentes que consideran la actividad adecuada (nota media mayor de 7 en la encuesta de satisfacción) / Número de asistentes  
Estándar: al menos el 60% de los asistentes consideran adecuada la actividad  
Fuente de datos: encuesta de satisfacción.  
Indicador 3: Conocimientos adquiridos por parte de los pacientes  
Estándar: al menos el 60% de los asistentes han mejorado sus conocimientos tras la actividad  
Número de asistentes que han mejorado sus conocimientos (Nota mayor de 6) / Número de asistentes  
Fuente de datos: Test de conocimientos pre y post formación

#### DURACIÓN

Elaborar encuesta de satisfacción en el primer cuatrimestre de 2019

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1012

### 1. TÍTULO

#### PREVENCION Y CUIDADOS EN EL PIE DIABETICO PARA LA POBLACION PERTENECIENTE A LA ZBS SAVIÑAN

Elaboración del test de conocimientos en el primer cuatrimestre de 2019  
En el primer semestre de 2019, realizar al menos una sesión formativa por parte del personal de enfermería.  
En el segundo semestre de 2019, realizar al menos una sesión formativa por parte del personal de enfermería.  
Diciembre 2019 evaluación del proyecto (actividades realizadas, test de conocimientos y encuestas de satisfacción)  
En caso de que así sea requerido el proyecto se podrá prolongar a años venideros.

#### 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 - 2019/1014

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

Fecha de entrada: 10/01/2020

2. RESPONSABLE ..... JOAQUIN MERINO LABORDA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SAVIÑAN  
· Localidad ..... SAVIÑAN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

NAYA MATEU YOLANDA  
VICIOSO ELIPE LOURDES  
JASO GRAU MARIA DOLORES  
IBARZO SANCHEZ CLAUDIO  
MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como actividades a realizar se había previsto una parte formativa y otra de análisis y control de resultados. Se habían programado dos sesiones formativas. Se han impartido dos sesiones clínicas sobre actualización en uso de opioides (21/03/2019 y 28/03/2019) a cargo de Yolanda Naya, a las que ha asistido el personal facultativo. Otro miembro del equipo ha acudido a la sesión formativa ofertada desde el SALUD. Estaba prevista una nueva sesión formativa en el último trimestre, que no se ha podido realizar al ser el encargado de la misma afectado por el proceso de traslados. Se ha realizado una búsqueda activa de los casos, revisando los tratamientos y realizando los ajustes necesarios. Esta búsqueda ha sido permanente a lo largo del año. Se ha realizado usando los listados de cuadro de mandos. Con fecha 15/04/19, 18/06/19 y 1/10/19 han tenido lugar reuniones de equipo en las que se ha analizado los indicadores del acuerdo de gestión y cuadro de mandos que han servido de orientación/ recordatorio de los resultados que se iban obteniendo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El equipo partía ( marzo de 2019) de unas cifras globales de prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico de 5,49% (límite superior del indicador de 5,45%) además existía variabilidad entre distintos CIAS (3,33-8,06%) El objetivo era disminuir el porcentaje tanto global como individual por debajo del 4%. A fecha 1 de enero de 2020 los resultados obtenidos en este indicador son los siguientes. EAP SABIÑAN 3,53%, lo que supone un descenso de casi un 2% (35% de descenso relativo) superando el objetivo inicial marcado. Además todos los CIAS han disminuido (hasta un 50% de descenso relativo ) y en estos momentos tan solo uno supera en apenas un 0,5% el objetivo inicial marcado del 4%, aunque este cupo ha registrado un descenso del 32% en su prescripción.  
1004250102K MARZO 2019 8,06% ENERO 2020 4% DESCENSO ABSOLUTO 4,06% RELATIVO 50%  
1004250103E MARZO 2019 3,85% ENERO 2020 2,63% DESCENSO ABSOLUTO 1,22% RELATIVO 31%  
1004250104T MARZO 2019 6,71% ENERO 2020 4,51% DESCENSO ABSOLUTO 2,2% RELATIVO 32%  
1004250105R MARZO 2019 3,33% ENERO 2020 1,89% DESCENSO ABSOLUTO 1,44% RELATIVO 43%

Los datos obtenidos se deben valorar además en el contexto del sector Calatayud y Aragón donde el descenso ha sido mínimo.

Los datos iniciales fueron facilitados desde el servicio de farmacia de AP de nuestro sector y los posteriores datos y controles obtenidos desde el cuadro de mandos de farmacia.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado obtenido parece, en función de los datos, más que satisfactorio, ya que no solo se ha conseguido disminuir la prescripción (alcanzando el objetivo marcado) de estos fármacos potencialmente perjudiciales para la salud si no son adecuadamente prescritos, sino que además se evidencia que una mejora en la formación y el control periódico de la prescripción facilita la adecuación de la prescripción. Es evidente que el tema ha motivado a los miembros del equipo ya que se ha llegado a disminuir la prescripción en algún caso hasta en un 50%. Se debe mantener la dinámica de formación continuada, así como el control periódico de indicadores para mantener estos resultados en el largo plazo. Entendemos que nuestra experiencia podría ser utilizada y replicada en otros equipos y obtener una mejora en la prescripción de esta familia de fármacos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1014 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1014



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1014

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

Título  
MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRONICO NO ONCOLOGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN

Autores:  
MERINO LABORDA JOAQUIN, NAYA MATEU YOLANDA, VICIOSO ELIPE LOURDES, JASO GRAU MARIA DOLORES, IBARZO SANCHEZ CLAUDIO, MUÑOZ RUIZ DE LA TORRE VANESSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SAVIÑAN

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: DOLOR NO ONCOLÓGICO  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
El uso de opioides para el tratamiento de dolores crónicos se ha visto incrementado de forma notable en los últimos años. Se trata de fármacos que pueden provocar un mayor número de efectos secundarios e interacciones además del incremento en el gasto que conlleva su uso indiscriminado. La población atendida por nuestro equipo, es una población envejecida en muchos casos con pluripatología y consecuente polimedicación por lo que el uso de este tipo de fármacos en especial en patologías crónicas no oncológicas como la artrosis debe ser revisada. Partiendo de los datos actuales de consumo de estos fármacos según el nuevo indicador recogido en el AGC, dos de los CIAS superan el máximo establecido en los indicadores de farmacia (> 8% cuando el límite superior no debería sobrepasar el 5%) y en los dos restantes existen evidentes posibilidades de mejora. Todo lo anterior justifica el planteamiento de un proyecto de mejora que busca reducir en la medida de lo posible estas cifras de prescripción.

RESULTADOS ESPERADOS  
Disminuir la tasa de prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico, en la población mayor de 75 años. El objetivo es disminuir la prescripción mediante formación del personal para ajustar la prescripción a las necesidades reales y así ajustar las cifras a los márgenes de prescripción marcados en el indicador (5,45-2,44%)

MÉTODO  
Realizar actividades formativas, dentro del programa de formación propio del equipo, dirigido a formación en URM, más concretamente en lo relacionados a uso de opioides en dolor crónico no oncológico en mayores de 75 años. Está prevista al menos la realización de dos sesiones formativas, la primera antes de concluir el primer cuatrimestre de 2019.

Trabajar cada CIAS de forma individual según listados obtenidos del indicador tras el análisis del cuadro de mandos, identificando a los pacientes en potencial riesgo y depurando dentro de lo posible los tratamientos que siguen, valorando su indicación y promoviendo una atención segura para pacientes que consideramos frágiles

INDICADORES  
Indicador 1. Uso de fármacos opioides potentes en DCNO  
Definición: Uso de fármacos opioides potentes en pacientes con Dolor Crónico NO Oncológico mayores de 75 años

Fórmula:  
Numerador: Pacientes con prescripción/es activa/s de opioides potentes sin diagnóstico oncológico que tienen más de 75 años  
Denominador: Pacientes mayores de 75 años sin diagnóstico oncológico.

Valor a alcanzar: < 4 % tanto en los datos globales del Equipo como en los de cada profesional

Fuente: Cuadro de Mandos Farmacia.

DURACIÓN  
Realizar tres sesiones formativas a lo largo del año 2019. (Yolanda Naya / Joaquín Merino)  
Realizar revisión estructurada de los listados de pacientes por parte de los facultativos antes de final de mayo de 2019  
Monitorización semestral y análisis final anual.

OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1014**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LOS INDICADORES SOBRE EL USO DE OPIOIDES EN DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS EN LA ZBS SAVIÑAN**

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 - 2018/0560

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE ..... YAMILETH GUERRERO TOLEDO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA  
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ARANDA GARCIA MARIA JESUS  
GASCON BRUMOS JOSE LUIS  
GOTOR LAZARO JOSE MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de todo el proceso se ha seguido escrupulosamente el calendario marcado:

1. Durante el primer cuatrimestre del año:

? Se propuso la realización de este proyecto, que es continuación del presentado el año anterior, al EAP dando su visto bueno por unanimidad. Se volvió a analizar la pertinencia, diseño y elaboración del mismo.

? Se procedió a la Captación activa en consultas médicas y de enfermería de 75 fumadores > 40 años y se citaron de forma uniforme a lo largo del año en agenda de Espirometrías .

? En fecha 1/04/2019 se procedió a repasar el adiestramiento de una enfermera para la realización de espirometrías y se desarrolló una sesión de formación a todos los médicos consistente en recordar la interpretación de las mismas.

2. En fecha 29/07/2019: Reunión para valorar el desarrollo del proyecto y realización del primer corte de resultados.

3. En fecha 22/01/2020: Reunión para evaluación final del proyecto, análisis de resultados y conclusiones.

Recursos empleados:

- agenda de espirometrías elaborada ya el año anterior
- espirómetro
- jeringa calibradora de espirómetro.
- peso y tallímetro
- listado de pacientes con espirometría realizada

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación: 60 pacientes

- estándar: 40 pacientes

- fuente de datos: listado elaborado de pacientes con espirometría realizada.

Se observa que el número de espirometrías realizadas es sensiblemente superior al estándar, alcanzando el 150% del mismo. Esto se debe a que como el año anterior no alcanzamos el número de espirometrías previstas porque un número significativo de pacientes no acudió a realizar la prueba el día de la cita, este año, previendo que ocurriría algo similar, se citó a 75 pacientes, de los cuales no acudieron a realizar la prueba por diversos motivos: 15.

De las 60 espirometrías realizadas 46 fueron catalogadas como normales lo que da idea de la alta rentabilidad de la prueba: casi la cuarta parte fueron positivas.

- Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN: 0,312

? - estándar: >0,5

? - fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

Se observa que el resultado alcanzado se halla bastante alejado del standard, a ello ha contribuido que han fallecido durante el año 5 pacientes diagnosticados de EPOC, disminuyendo así ligeramente la prevalencia. De todas maneras la razón de prevalencia alcanzada supera la del año anterior: 0,21.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de espirometría forzada en pacientes fumadores mayores de 40 años es el mejor método para descubrir la bolsa oculta de pacientes EPOC. Sin embargo, aunque hemos superado el número de espirometrías previstas, no hemos alcanzado el estándar de prevalencia que era el objetivo del proyecto. Probablemente se deba a haber sobrevalorado la rentabilidad de la prueba. Para el número de espirometrías realizadas debíamos haber esperado un incremento de la prevalencia menor. No obstante hemos avanzado, superando el resultado del año anterior. Por otra parte se echa de menos la comunicación entre primaria y el servicio de neumología para poner en común las espirometrías realizadas en ambos ámbitos y evitar duplicidad de pruebas. En definitiva creemos que ha valido la pena el desarrollo durante 2 años de este proyecto, no solamente por los resultados alcanzados, sino también porque gracias a el se ha introducido la realización de forma habitual de espirometrías, actividad que va a continuar aunque este proyecto haya finalizado.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/560 =====

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

\*\*\*

Nº de registro: 0560

Título  
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Autores:  
GUERRERO TOLEDO YAMILETH, ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, GOTOR LAZARO JOSE MARIA, CARRILLO SORIA SANDRO, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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

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

**PROBLEMA**  
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y poco reversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.  
Durante el pasado año 2017, nuestro EAP realizó un trabajo importante tanto en prevención y detección del hábito tabáquico como en el tratamiento de la deshabitación tabáquica.  
Sin embargo la prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona de salud es baja. Por tanto, en el presente proyecto nos centraremos en el diagnóstico precoz de la EPOC, y para ello es necesario la captación activa de toda persona que acude a los servicios sanitarios, mayor de 40 años con factor de riesgo, la generalización de la espirometría como medio diagnóstico y la sensibilización y formación de profesionales en la realización e interpretación de esta prueba con unos criterios de calidad consensuados. La Atención Primaria es el ámbito por excelencia en el que deben desarrollarse estas actividades.  
Es decir, se trata de incrementar la detección de pacientes con EPOC. En ese sentido, el estudio EPI-SCAN indica una prevalencia de EPOC en España en población de 40 a 80 años de edad del 10,2%. En nuestra zona de salud la prevalencia de EPOC registrada en enero 2018 es solamente de 1,90%.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Objetivo General :  
Incrementar la prevalencia de EPOC registrada en la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

Objetivo Especifico:  
Realización y valoración de espirometría forzada con broncodilatación a 60 personas mayores de 40 años con factor de riesgo de EPOC (fumador) de la zona de salud de Villarroya de la Sierra .

**MÉTODO**  
Actividades de formación:  
- Adiestramiento de una enfermera en la realización de espirometrías  
- Formación a los médicos en la interpretación de espirometrías  
Actividades de organización y control:  
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo  
Actividades de desarrollo del programa:  
- Captación activa en consulta de pacientes mayores de 40 años fumadores.  
- Citación de pacientes en agenda de Espirometrías .  
- Realización de Espirometría forzada con prueba broncodilatadora en todo paciente fumador con o sin síntomas respiratorios .  
- Valoración de resultado de espirometría y control por parte de médico y enfermera de atención primaria .

**INDICADORES**  
Nº de pacientes mayores de 40 años fumadores a los que se ha realizado espirometría forzada con prueba de broncodilatación:  
- estándar: 60  
- fuente de datos: OMI-AP  
Razón de prevalencia de EPOC: Prevalencia de EPOC registrada en zona de salud de Villarroya / Prevalencia de EPOC esperada según EPI-SCAN

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0560

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

- estándar: >0,6
- fuente de datos: Cuadro de mandos de Acuerdos de Gestión

#### DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

### 1. TÍTULO

#### MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS ARANDA GRACIA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA  
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PEÑALOSA GARCIA MARIA ISABEL  
GUERRERO TOLEDO YAMILETH  
AZON LOPEZ ESTHER  
MORALES MERINO YOLANDA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 7 de marzo se realiza revisión de la formación de profesionales en el manejo adecuado de terapia inhalatoria y manejo del test de uso de inhaladores. Se revisa la sistemática de la consulta consistente en pasar cuestionario pre- y post- enseñanza de la terapia inhalatoria detectando los errores e incidiendo en su corrección. Para la formación de los profesionales se ha utilizado en el boletín del CADIME\_BTA\_33\_02 sobre dispositivos de inhalación para asma y EPOC.

Se realiza revisión del listado de pacientes EPOC realizado en el año 2018 y se procede a su depuración (eliminando pacientes que ya no pertenecen a la zona básica de salud e incluyendo nuevos pacientes con diagnóstico de EPOC)

Se incide en la conveniencia de realizar captación activa en consulta médica y de enfermería de pacientes con EPOC así como pacientes con otras patologías respiratorias en tratamiento con inhaladores.

Para el test que se realiza al paciente se ha utilizado el registro de Enfermería "Técnica inhalatoria" del Hospital Ernest Lluch editado en octubre de 2013 por la Unidad de Calidad Asistencial.

El 30-Agosto-2019 se realiza una reunión para analizar el desarrollo del proyecto. Así mismo se elabora un listado con los pacientes que han sido adiestrados y se realiza el primer corte para evaluar resultados

El 9-Enero-2020 se realiza una reunión de análisis del proyecto y evaluación final de resultados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador % de pacientes EPOC que usan inhaladores y han sido adiestrados.

Corte de agosto: 78% (de un total de 32 pacientes han sido adiestrados 25) del listado de pacientes EPOC  
Captación activa de pacientes con otras patologías respiratorias y tratamiento con inhaladores: 100% (captación de 12 pacientes de los que han sido adiestrados 12)

Si realizamos una suma de los dos listados el corte de agosto sería de 84%

Resultado final que se realiza el 9-1-2020: 96,9% (de un total de 33 pacientes han sido adiestrados 32) del listado de pacientes EPOC

Captación activa de pacientes con otras patologías respiratorias y tratamiento con inhaladores: 100% (captación de 17 pacientes de los que han sido adiestrados 17)

Si realizamos una suma de los dos listados el resultado final es de 98%

Estándar: 80%

Resultado final satisfactorio: el estándar ha sido superado.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para conseguir que la técnica inhalatoria sea correcta es necesario que los pacientes reciban un entrenamiento adecuado con su inhalador. Es conveniente dar al paciente instrucciones claras y precisas y que el paciente realice un entrenamiento con su dispositivo. Por ello consideramos muy importante la revisión sistemática del uso de inhaladores como mínimo una vez al año.

Analizando el corte de agosto vemos que el resultado hasta esa fecha es satisfactorio. Se ha conseguido llegar casi al estándar propuesto en pacientes EPOC (78%) y se ha conseguido superar en pacientes con otras patologías respiratorias (100%)

Analizando el resultado final llegamos a la conclusión de que es muy satisfactorio. Se ha conseguido superar el estándar propuesto en pacientes con EPOC (96.9%) alcanzando prácticamente el total de pacientes. Además se ha conseguido captar un importante número de pacientes con otras patologías respiratorias en tratamiento con inhaladores a los que hemos realizado la enseñanza de la terapia inhalatoria (100%)

A estos resultados también hay que añadir el elevado grado de satisfacción detectado en estos pacientes tras la sesión de adiestramiento.

Por último añadir que aunque el proyecto finaliza aquí, creemos conveniente continuar con el programa de adiestramiento en la consulta de enfermería, dada la rentabilidad de la prueba y el grado de satisfacción del paciente.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

### 1. TÍTULO

#### MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

##### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/562 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0562

Título  
MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

Autores:  
ARANDA GRACIA MARIA JESUS, PEÑALOSA GARCIA ISABEL, GUERRERO TOLEDO YAMILETH, GASCON BRUMOS JOSE LUIS, AZON LOPEZ ESTHER, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

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

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

PROBLEMA  
La EPOC es una enfermedad crónica frecuente en nuestra sociedad. Los inhaladores se suelen prescribir para ayudar a controlar los síntomas del EPOC, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de exacerbaciones o agudizaciones. Sin embargo, la evidencia indica que muchos pacientes con EPOC no utilizan correctamente el inhalador. Por lo tanto, es importante detectar quienes son esos pacientes y someterlos a un proceso de adiestramiento para que puedan beneficiarse efectivamente del tratamiento con inhaladores.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Objetivo general:  
- Disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida en el paciente EPOC  
- Objetivos específicos:  
- Detectar a los pacientes EPOC con uso incorrecto de inhaladores  
- Adiestrar en el manejo de inhaladores a los pacientes EPOC que los utilizan incorrectamente.  
- Comprobar objetivamente que los pacientes EPOC que utilizan inhaladores han adquirido las habilidades necesarias para el manejo de los mismos.

MÉTODO  
Actividades de formación:  
- Adiestramiento del personal de enfermería en el manejo de los distintos tipos de inhaladores.  
- Conocimiento y adiestramiento del personal de enfermería sobre el manejo del test pre y post enseñanza del uso de inhaladores  
Actividades de organización y control:  
- Reunión cuatrimestral para evaluación periódica del proyecto y proponer mejoras en la coordinación del mismo  
Actividades de desarrollo del programa:  
- Captación activa en consulta de pacientes EPOC que utilizan inhaladores.  
- Citación de pacientes en agenda programada de enfermería .  
- Realización al paciente de un test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades de uso de inhaladores.  
- Sesión de adiestramiento al paciente sobre el manejo de los inhaladores que utiliza .  
- Realización al paciente nuevamente del test estandarizado que valora el conocimiento y las habilidades del uso de inhaladores para comprobar objetivamente el adecuado progreso en el manejo los mismos.  
- Registro de los pacientes que han sido adiestrados en el manejo de inhaladores

INDICADORES  
- % de pacientes EPOC que usan inhaladores que han sido adiestrados en el uso de los mismos: (Pacientes adiestrados/Pacientes EPOC que utilizan inhaladores) \* 100  
- estándar: 80%  
- fuente de datos: OMI\_AP

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0562

### 1. TÍTULO

#### MANEJO ADECUADO DE LA TERAPIA INHALATORIA EN EL PACIENTE EPOC

##### DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales:

- Durante el primer cuatrimestre de 2018.
- Responsable: Responsable de formación del EAP

Desarrollo del proyecto:

- A partir de abril de 2018 hasta finalizar diciembre 2018
- Responsable: La responsable del proyecto

Evaluación:

- Cortes cuatrimestrales: Inicial en abril e intermedio en agosto
- Evaluación final: Enero de 2019
- Responsable: La responsable del proyecto

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1233

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... YOLANDA MORALES MERINO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA  
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO  
AZON LOPEZ ESTHER  
CARRILLO SORIA SANDRO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se desarrollaron dos talleres sobre violencia de género (fenomenología, epidemiología, actuación del profesional sanitario ante estos casos y recursos disponibles para las víctimas) que se impartieron, previa publicitación de los mismos en los consultorios locales:

-El 29 de Noviembre de 2019 a las 16:30 h en el local de la Asociación de Amas de Casa de la población de Villarroya de la Sierra.

-El 14 de Diciembre de 2019 a las 16:30 h en el local de la Asociación de la 3º edad de la población de Cervera de la Cañada.

-En la población de Aniñón se desistió de impartir el taller pues, tras contactar con la Asociación de Amas de Casa de la población, se nos informó de que no estaban interesadas/os, pues ya se habían realizado varias actividades sobre este tema a lo largo del año y lo encontraban "reiterativo". Se ofertó, no obstante, la posibilidad de que los interesados/as acudieran a las charlas programadas en las otras poblaciones próximas.

En cada una de las charlas se distribuyó, entre los asistentes, un test de conocimientos sobre violencia de género y actuación sanitaria en estos casos, antes y después de la actividad (mismo modelo) para verificar el aprendizaje alcanzado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Villarroya de la Sierra acudieron al taller un total de 45 personas, todas de sexo femenino, mayores de 18 años, lo que representa el 28,5 % del total de mujeres con mayoría de edad que, actualmente, tienen su médico de familia (MAP) asignado en dicha población. Estas cifras concuerdan con el 30% de asistencia femenina que se había fijado como objetivo inicialmente. Sin embargo, llama la atención que no acudió ningún hombre al taller, habiéndose establecido como objetivo atraer aproximadamente al 10% de los varones mayores de 18 años actualmente residentes. El porcentaje de mejora del post-test frente al pre-test fue del 30%, muy superior al 15% fijado como deseable al planificar la actividad. Principalmente esta mejora estuvo condicionada por el desconocimiento inicial que tenían las asistentes del papel de los profesionales sanitarios en casos de violencia de género, el circuito que siguen las víctimas dentro del sistema y los recursos y derechos que las asisten. El 95% de las asistentes encontró la actividad muy satisfactoria y un 5 % satisfactoria, destacando la claridad en la exposición del tema y la adecuación del tiempo como ítems mejor valorados, por lo que, en este sentido, se superó también el objetivo marcado al principio y estimado en un 80% de satisfacción.

En Cervera de la Cañada, acudieron al taller un total de 43 personas (32 mujeres mayores de 18 años, 2 chicas adolescentes y 9 chicos adolescentes). Las mujeres mayores de edad asistentes al taller suponen el 35,9% sobre el total de féminas de esa franja de edad, con MAP asignado en dicha población, cifra muy superior al objetivo marcado inicialmente del 30%.

Igual que ocurrió en Villarroya de la Sierra, no acudió al taller ningún hombre mayor de 18 años, sin embargo, si asistieron 9 varones adolescentes, con edades próximas a la mayoría de edad, que representan el 47,36 % de los chicos jóvenes de esa población, hecho que se valora como muy positivo desde este Centro de Salud. Las dos chicas menores de edad que acudieron al taller representan la tercera parte de las féminas jóvenes que allí viven. El porcentaje de mejora del post-test frente al pre-test fue del 20%, superior también al 15% fijado inicialmente, mejora condicionada, en este caso, principalmente por el desconocimiento del papel de los profesionales sanitarios en casos de violencia de género y el circuito que siguen las víctimas dentro del sistema. El 90% de los/las asistentes encontró la actividad muy satisfactoria y un 10 % satisfactoria, destacando la claridad en la exposición del tema como ítem mejor valorado y superando también, en esta población, las estimaciones iniciales de una satisfacción con el taller cercana al 80%.

Los datos aquí expuestos se obtuvieron de los pre y post-test distribuidos, de las encuestas de satisfacción cumplimentadas y del Banco de Datos del Usuario (BDU). Señalar que los datos concernientes al total de tarjetas sanitarias adscritas a cada MAP se obtuvieron del BDU. Se optó por esta vía, ya que las poblaciones atendidas por nuestro Centro de Salud sufren mucha variación demográfica entre el verano y el invierno y resulta más fiable conocer la población real residente mediante este método, sin el sesgo que pueden generar los desplazamientos temporales estivales. Precisamente por este motivo, los talleres se programaron en

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1233

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

invierno cuando la población es la realmente fija todo el año.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo responsable de este proyecto se encuentra globalmente satisfecho con los resultados alcanzados. Creemos que se ha logrado situar al centro de salud como un referente más al que acudir para pedir ayuda en casos de violencia de género, contribuyendo con esta charla a la sensibilización de la comunidad con esta causa.

Como principal punto negativo, destacar la no asistencia a los talleres de varones mayores de 18 años, lo que genera diferentes interrogantes al respecto y los sitúa como diana de una captación activa de cara a actividades futuras sobre esta temática.

Como principal punto positivo, el interés despertado entre los varones adolescentes de la población de Cervera de la Cañada, que, además, plantearon numerosas preguntas durante la charla, implicándose así con la actividad y generando debate entre los/las asistentes.

Las tres poblaciones contempladas en este proyecto han dado muestras de ser activas y estar muy implicadas, a través de sus asociaciones, en la realización, a lo largo del año, de numerosas charlas, coloquios, talleres... por lo que, de cara a potenciales colaboraciones, sería interesante estudiar al principio del año la programación que tienen prevista sus distintas agrupaciones de vecinos para plantear temas acordes con sus inquietudes

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1233 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1233

Título  
TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

Autores:  
MORALES MERINO YOLANDA, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO, AZON LOPEZ ESTHER, CARRILLO SORIA SANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

La violencia ejercida contra la mujer es un fenómeno universal que constituye una violación de los derechos humanos básicos y que comporta graves consecuencias para las víctimas y los hijos si los hubiere. La violencia de género es la causa y la consecuencia de la desigualdad de género. Las mujeres del medio rural constituyen un colectivo más vulnerable a este problema por la propia idiosincrasia de su entorno. Por ello, se considera prioritario desarrollar un taller sobre este tema en nuestra zona de salud, que permita identificar el entorno sanitario como un marco donde la víctima pueda acudir y sentirse escuchada y no juzgada, garantizando en todo momento la confidencialidad y el respeto.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Sensibilizar a la población adscrita a nuestro centro de salud en materia de violencia de género.  
-Presentar el centro de salud de Villarroya de la Sierra y sus profesionales como un referente al que pueden acudir para pedir ayuda las posibles víctimas.

#### MÉTODO

Taller sobre violencia de género a desarrollar en los tres principales núcleos de población de la zona básica de salud (Villarroya de la Sierra, Aniñón y Cervera): Fenomenología, epidemiología, papel de los profesionales sanitarios y recursos de apoyo disponibles para víctimas.  
Se pasará un test de conocimientos sobre violencia de género entre los asistentes, antes y después de la charla (mismo modelo) para objetivar el aprendizaje realizado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad al finalizar el taller.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1233

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ZONA DE SALUD DE VILLARROYA DE LA SIERRA. TRABAJANDO CON LA COMUNIDAD

Se publicitará con antelación las fechas y lugares de celebración de los talleres en todos los consultorios locales.

#### INDICADORES

- Nº mujeres asistentes a los talleres en cada núcleo población/ total mujeres dicha poblaciónx100: estandar: 30
- Nº hombres asistentes a los talleres en cada núcleo población/total hombres dicha poblaciónx100: estandar:10
- Porcentaje de mejora post-test frente a pre-test: estándar 15
- Nº asistentes satisfechos con la actividad/total asistentesx100: estandar:80
- Fuente:OMI/BDU, pre y post-test repartidos y encuestas de satisfacción recogidas

#### DURACIÓN

- Desarrollo talleres:cuarto trimestre 2019.
- Responsable impartición talleres: la responsable del proyecto
- Duración de cada taller: 1h aproximadamente
- Presentación de resultados a EAP: 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 - 2019/1259

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UNA DECUADO REGISTRO

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ESTHER AZON LOPEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS VILLARROYA DE LA SIERRA  
· Localidad ..... VILLARROLLA DE LA SIERRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ABELLO GIRALDEZ EDUARDO  
CARRILLO SORIA SANDRO  
MORALES MERINO YOLANDA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 28 de Octubre de 2019 a las 9 h se impartió en el Centro de Salud de Villarroya de la Sierra una charla sobre violencia de genero dirigida a todos sus profesionales sanitarios. En ella se abordó, de una manera general, la fenomenología y epidemiología de esta lacra social y, de forma más específica, el papel de los sanitarios ante casos de esta índole, el circuito o protocolo a seguir, parte de lesiones, repercusiones legales, así como los recursos disponibles para las víctimas (jurídicos, laborales, etc), y la importancia de un adecuado registro en la historia clínica a través de OMI-AP. Se distribuyó entre los asistentes un pre-test y un post-test (antes y después de la charla respectivamente, mismo modelo) para objetivar el aprendizaje alcanzado y un cuestionario de satisfacción con la actividad.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente, en nuestro Centro de Salud trabajan tres médicos de familia y dos enfermeras que constituyen el equipo de atención primaria (EAP) que, junto a la administrativa, asistieron a la charla, por lo que el porcentaje de asistencia entre los miembros del EAP fue del 100%. Además, prestan servicio dos médicos y tres enfermeras de Atención continuada (MAC, EAC), de los que sólo una EAC asistió al taller, hecho que se explica por las diferentes circunstancias personales que tiene cada profesional. El porcentaje de mejora del post-test frente al pre-test fue del 10%, inferior al 15% fijado como deseable al planificar la actividad, debido a que estos profesionales ya conocían muchos de los conceptos expuestos, dada su alta implicación en esta temática. Las principales dudas identificadas surgieron en relación al parte de lesiones, la recomendación de su lectura en voz alta a la víctima y su cumplimentación por triplicado. Seis de los siete asistentes (85,71%) encontró la actividad muy satisfactoria y una la calificó como satisfactoria (14,28%), destacando la claridad en la exposición del tema, la adecuación del tiempo y la pertinencia de la charla como ítems mejor valorados, por lo que, globalmente, se superó la estimación inicial de un 90% de satisfacción con la charla.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo responsable de este proyecto se muestra satisfecho con los resultados alcanzados, que avalan una buena formación previa de los profesionales de este centro en materia de violencia de género y su abordaje desde el sistema sanitario, fruto de su sensibilización al respecto, al ser conscientes del papel relevante que tienen en la asistencia de las víctimas potenciales. A destacar la asistencia de todos los miembros del EAP que, hicieron un hueco en sus agendas, para poder participar en esta actividad. Como principal punto negativo, la no asistencia de la totalidad de los MAC/EAC, hubiera sido deseable su presencia, sin embargo, somos conscientes de las diferentes circunstancias vitales de cada persona. Creemos que, en conjunto, se han alcanzado los objetivos marcados, teniendo en cuenta que se partía ya de una buena motivación e implicación de los profesionales con el tema en cuestión.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1259 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1259

Título  
TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA.  
IMPORTANCIA DE UN ADECUADO REGISTRO

Autores:  
AZON LOPEZ ESTHER, ABELLO GIRALDEZ EDUARDO, CARRILLO SORIA SANDRO, MORALES MERINO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLARROYA DE LA SIERRA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1259

### 1. TÍTULO

#### TALLER SOBRE VIOLENCIA DE GENERO DIRIGIDO A PROFESIONALES SANITARIOS DEL CENTRO DE SALUD VILLARROYA DE LA SIERRA. IMPORTANCIA DE UNA DECUADO REGISTRO

##### TEMAS

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

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

##### PROBLEMA

La violencia de género constituye una grave lacra social para cuya erradicación resulta esencial educar en igualdad desde la infancia y la implicación de todos los colectivos y clases política, judicial, policial, sanitaria, etc.  
El entorno sanitario debe propiciar el acercamiento de las posibles víctimas garantizando su adecuada asistencia física y psicológica y la derivación a los recursos pertinentes, bajo un ambiente de respeto y confidencialidad. Sin embargo, existen ciertos obstáculos que pueden dificultar la relación sanitario-víctima, por lo que resulta esencial la formación de los profesionales en habilidades que redunden en una mejor atención, todo ello sin olvidar la importancia trascendental de realizar un adecuado registro en la historia clínica.

##### RESULTADOS ESPERADOS

-Sensibilizar a los profesionales del Centro de Salud Villarroya de la Sierra frente a la problemática que supone la violencia de género.  
-Contribuir al desarrollo de habilidades en los profesionales sanitarios para poder abordar de forma efectiva los casos de violencia de género a que se enfrenten.  
- Concienciar a dichos profesionales de la importancia de cumplimentar adecuadamente la historia clínica de las víctimas y las repercusiones legales que sus actuaciones implican.

##### MÉTODO

Charla dirigida a los profesionales sanitarios de Villarroya de la Sierra sobre violencia de género: Fenomenología, epidemiología, papel de los profesionales sanitarios y recursos de apoyo disponibles para víctimas. Registro adecuado en OMI-AP (creación de episodio y cumplimentación de protocolo, parte de lesiones, implicaciones legales).  
Se pasará un test de conocimientos sobre violencia de género y cumplimentación de registro en historia clínica entre los asistentes, antes y después de la charla (mismo modelo) para objetivar el aprendizaje realizado, así como un cuestionario de satisfacción con la actividad realizada

##### INDICADORES

-Nº asistentes a la charla/ total profesionales : estándar: 100  
-Porcentaje de mejora post-test frente pre-test: estándar 15  
-Nº asistentes satisfechos con la actividad/total asistentesx100: estándar: 90  
-Fuente: Pre-test y post-test de conocimientos y encuestas de satisfacción recogidas.

##### DURACIÓN

-Desarrollo taller: cuarto trimestre 2019.  
-Responsable impartición talleres: A determinar entre los miembros del proyecto.  
-Duración del taller: 1h aproximadamente.

##### 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 - 2016/1101

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

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

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### \* ACCIONES:

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

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

##### \* CRONOGRAMA:

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

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

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

##### \* RECURSOS:

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

##### \* COMUNICACIÓN:

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

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

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

##### - Indicadores:

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

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

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

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

##### - Investigación:

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

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

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

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1101

Título  
DERMATOSCOPIA EN AP

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

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

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

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

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

MÉTODO  
Acciones previstas:

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

### 1. TÍTULO

#### TELEDERMATOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CALATAYUD

Curso:

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

Recursos:

- Dermatoscopio DermLite DL100 3Gen.

INDICADORES

INDICADOR 1:

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

INDICADOR 2:

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

DURACIÓN

Iº Trimestre 2017:

- Sesiones clínicas y talleres en todos los EAPs

IIº y IIIº Trimestre 2017:

- Monitorización actividad en CMA

IVº Trimestre 2017:

- Evaluación

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

OBSERVACIONES

Todos los EAPs disponen de un Dermatoscopio

Valoración de otros apartados

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

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



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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación: Se impartió el curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" dirigido a Médicos y enfermeros/as de Atención Primaria del sector Calatayud. La duración del curso fue de 2 horas lectivas. Se realizó 1 edición del curso el 01/10/2019.

El curso consistió en la presentación de la información en formato Power Point y también se realizó un breve test de conocimientos previo y posterior al curso y una encuesta de satisfacción y utilidad en la práctica clínica diaria.

- El objetivo principal del curso es el de mejorar la prevención y la atención de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica

- Los objetivos específicos del curso fueron los siguientes: aumentar el grado de detección precoz y clasificación del daño renal en la población diana, disminuir la progresión de la enfermedad y la morbimortalidad y disminuir la iatrogenia secundaria al uso de fármacos.

Durante el desarrollo del curso, se recordó a los médicos como acceder al Cuadro de Mandos de Farmacia, así como revisar los indicadores relacionados con ERC y los listados de pacientes.

Al curso de "Abordaje de la Insuficiencia Renal Crónica en Atención Primaria" asistieron 15 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros de AP).

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES Y ESTÁNDARES

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

- 2018=3%

- 2019=3%

2.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha revisado el Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación: (60%)

- 2018=57,47%

- 2019=54,13%

3.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el grado de Filtrado Glomerular (FG) en el periodo de evaluación (40%)

- 2018=49,29%

- 2019=47,21%

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

- 2018=21,7%

- 2019=17%

5.- % de pacientes con factores de riesgo de Enfermedad Renal a los que se les ha valorado el rango de albuminuria en el periodo de evaluación: (50%)

- Rango Normal: 2018=87,61%; 2019=26,57%

- Rango Moderado: 2018=10,97%; 2019=72,06%

- Rango Grave: 2018=1,4%; 2019=1,37%

6.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC, que tienen registradas al menos tres tomas válidas de tensión arterial (80%)

- 2018=56,35%

- 2019=54,44%

7.1.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC controlados según la TA <140/90 y la albuminuria <30 mg/g (45%):

- 2018=17,13%

- 2019=4,18%

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

- 2018=2,87%

- 2019=6,27%

8.- % de pacientes adultos con diagnóstico de ERC y DIABETES a los que se les ha revisado la HbA1c en los últimos 6 meses (50%)

- 2018=76,94%

- 2019=69,21%

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

### 1. TÍTULO

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

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

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

#### 7. OBSERVACIONES.

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

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

### 1. TÍTULO

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

Nº de registro: 0018

Título  
ABORDAJE DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN ATENCION PRIMARIA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

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

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

#### EVALUACIÓN

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

#### Estructura

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

#### Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

#### Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

#### DURACIÓN

##### I TRIMESTRE

- Formación del grupo de trabajo del proyecto

- Diseño del proceso

##### II TRIMESTRE

- Difusión del proyecto

- Sesiones formativas

- Despliegue

##### III TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores

##### IV TRIMESTRE:

- Recogida y aclaración de sugerencias y problemas planteados

- Evaluación final

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación:

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

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

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

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

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

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador:

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

Indicador:

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

Indicador:

% de pacientes diabéticos a los que se les ha realizado la revisión del pie diabético, en el periodo de estudio (80%)  
Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 44,82 %

Indicador:

% de pacientes inmovilizados, dependientes, terminales crónico complejo a los que se les ha valorado el riesgo de ulceración en el periodo de estudio (80%)  
Periodo de evaluación: De enero a diciembre de 2019

Resultado = 83,27 %

Indicador:

% de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de úlcera de miembros inferiores, excepto las de decúbito, en los que, mediante la exploración vascular, se identifiquen las úlceras que son venosas (60%)  
Medición en julio de 2019 = 3,61 %

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

Fuente/procedimiento: SQL Servicio informática Calatayud

Indicador:

% de pacientes con diagnóstico de úlcera venosa, sin signos de afectación arterial, que han sido tratados con terapia compresiva (40%).  
Fuente/procedimiento: OMI-AP

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

- En los episodios a estudio no se indica el código CIE-10 asociado, imprescindible para que aparezcan totalmente diferenciados los seis episodios que comparten el código S97 de la CIAP.
- Dificultad en localizar en la base de datos la información asociada a "tratamiento con terapia compresiva"

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

### 1. TÍTULO

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

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

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

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

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

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0030

#### Título

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

#### Autores:

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

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

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

##### RESULTADOS ESPERADOS

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

##### MÉTODO

###### ACCIONES:

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

###### CAMBIOS PREVISTOS:

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

##### INDICADORES

###### INDICADORES:

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

###### EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero- Diciembre 2017

###### Estructura:

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

###### Proceso:

Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores.

###### Resultado:

Evaluación final y memoria del proyecto en enero de 2019.

##### DURACIÓN

###### I° TRIMESTRE:

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

###### II° TRIMESTRE:

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

###### III° TRIMESTRE:

- Monitorización.

###### IV° TRIMESTRE:

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

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 29/01/2020

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

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

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0009

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

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



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

### 1. TÍTULO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

##### TEMAS

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

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

##### PROBLEMA

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

##### RESULTADOS ESPERADOS

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

##### MÉTODO

###### ACCIONES

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

###### FORMACION:

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

###### INVESTIGACIÓN:

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

###### RECURSOS:

- Soporte informático y ofimático

###### CAMBIOS PREVISTOS:

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

##### INDICADORES

###### INDICADORES:

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

###### EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2019

###### Estructura

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

###### Proceso

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

###### Resultado

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

##### DURACIÓN

###### I CUATRIMESTRE

- Nombramiento referentes del PAIC de cada EAP

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

### 1. TÍTULO

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

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

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

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

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

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

· Reuniones:

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

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

· Formación:

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

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

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

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

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

· Otras actividades:

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

-Introducción: José Codes

-Clínica y diagnóstico: Carmen Sanz y José Codes

-Medidas preventivas: Margarita Bueno y Carmen Santamaría

-Tratamiento: Juan Carlos Cobeta y Ariadna de Lucas

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

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

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

- Cumplimiento del calendario:

El calendario marcado y el cumplimiento fue el siguiente:

En 2018 (1er año)

##### Iº TRIMESTRE

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

##### IIº TRIMESTRE

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

##### IIIº TRIMESTRE

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

##### IVº TRIMESTRE

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

En 2019 (2º año)

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

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

### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

Fuente: OMI-AP y BDU

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

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

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

"Revisión índice FRAX"

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

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

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

Fuente: OMI-AP y BDU

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

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

"Revisión densidad mineral ósea (DMO)"

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

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

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

Fuente: OMI-AP

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

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

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

"Valor de la DMO"

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

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

-con el valor 'Osteopenia'

-con el valor 'Osteoporosis'

-con el valor 'Normal'

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

Fuente: OMI-AP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

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

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

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

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

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"Población diagnosticada de OP y tratamiento prolongado de corticoides"

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

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

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

Fuente: OMI-AP y CM Farmacia

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

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

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

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

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

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

#### Conclusiones finales:

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

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0029

Título  
GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

#### TEMAS

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

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

#### PROBLEMA

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

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

#### MÉTODO

##### ACCIONES

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

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

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS

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

##### FORMACION

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

##### INVESTIGACIÓN

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

##### RECURSOS

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

##### CAMBIOS PREVISTOS

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

##### INDICADORES

##### INDICADORES

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

##### EVALUACIÓN:

Periodo de evaluación: Enero - Diciembre 2017

##### Estructura:

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

##### Proceso:

- Análisis y evaluación mediante cortes cuatrimestrales de estos indicadores

##### Resultado:

- Evaluación final y memoria del proyecto en enero 2019

##### DURACIÓN

##### I° TRIMESTRE

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

##### II° TRIMESTRE

- Difusión del proyecto
- Sesiones formativas
- Despliegue

##### III° TRIMESTRE

- Monitorización. Cortes de indicadores.

##### IV° TRIMESTRE

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

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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



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

**1. TÍTULO**

**GESTION CLINICA DE LA OSTEOPOROSIS**

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

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

Los objetivos específicos fueron:

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

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

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

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

Los puntos principales auditados fueron:

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

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

3. Almacenaje, distribución y transporte de instrumentos.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

- Proceso de limpieza:

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

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

- Proceso de esterilización:

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

### 1. TÍTULO

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

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

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

Las principales desviaciones registradas fueron:

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0046

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP CALATAYUD

#### TEMAS

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

##### PROBLEMA

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

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal:

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

Objetivos específicos:

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

##### MÉTODO

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

##### INDICADORES

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

##### DURACIÓN

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

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1311

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANTONIA AINA MARTINEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ARANDA LASSA CARMEN  
SANCHEZ REMACHA BLANCA  
PATON FERNANDEZ RAMONA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan búsquedas bibliográficas sobre la descripción de la técnica de flebotomía, indicaciones, procedimientos y protocolos de otros hospitales, requisitos para su realización y posibles complicaciones, así como recomendaciones para el paciente una vez realizada la prueba.

Se programan reuniones periódicas del equipo, donde se pone en común el material encontrado y se determina las actuaciones a seguir, configurando el procedimiento enfermero.

Los recursos utilizados son artículos de revistas de enfermería, portales médicos y publicaciones de internet. Se consulta con otros profesionales para aclarar puntos y resolver dudas, como es el caso de Prevención de Riesgos Laborales.

Cuando llegan a la unidad nuevos profesionales de enfermería se les forma en base a los acuerdos alcanzados en la elaboración del procedimiento para trabajar según criterios unificados que aporten seguridad al paciente.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se confecciona una encuesta de satisfacción dirigida a los pacientes a los que se les ha realizado una flebotomía o sangría terapéutica en el periodo de un mes. Los pacientes que vienen de manera periódica, suelen venir más de una vez al mes y responden de forma voluntaria a esta encuesta. Contamos con un total de 12 encuestas contestadas. La encuesta cuenta con cinco puntos a valorar, de manera que se determina el porcentaje de pacientes satisfechos a los que se realiza una flebotomía en cada uno de ellos.

Numerador: Pacientes a los que se realiza una flebotomía y responden de manera favorable a la encuesta de satisfacción.

Denominador: Pacientes totales a los que se realiza una flebotomía y responden a la encuesta de satisfacción.

Los resultados obtenidos son:

- El 100 % de los pacientes que responden a la encuesta dicen recibir la información necesaria, previa a la realización de la prueba.
- El 100% de los pacientes responde que el personal que le realiza la prueba le explica en que consiste la misma y qué es lo que se le va a hacer.
- El 91,6 % de los pacientes percibe que la enfermera o el enfermero le transmite tranquilidad durante el proceso.
- El 100% de los pacientes considera que recibe los cuidados necesarios durante la realización de la prueba.
- El 100% de pacientes dice que obtiene consejos de salud o recomendaciones tras la realización de la prueba.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos, la valoración del equipo de mejora es positiva. La determinación de criterios y actuaciones claras y unificadas para la realización de la técnica de flebotomía proporciona seguridad al paciente y ayuda a los profesionales que vienen a trabajar a la unidad. Queda pendiente la posibilidad de trabajar con la historia clínica electrónica del paciente para que estén debidamente registrados en la misma todos los datos relativos a la prueba, como signos y síntomas del paciente, desarrollo de la prueba y posibles incidencias, y quedaría para un protocolo más amplio la inclusión de elementos como consentimiento informado para el paciente y solicitud de prueba.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1311 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1311

Título  
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACION DE ENFERMERIA EN FLEBOTOMIAS O SANGRIAS TERAPEUTICAS

Autores:  
AINA MARTINEZ MARIA ANTONIA, ARANDA LASSA CARMEN, SANCHEZ REMACHA BLANCA, PATON FERNANDEZ RAMONA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1311

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

##### PROBLEMA

LAS FLEBOTOMÍAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICAS SON TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE SE APLICAN A LOS PACIENTES PARA TRATAR CIERTO TRASTORNOS DE LA SANGRE Y SON REALIZADOS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN NUESTRO BANCO DE SANGRE. EN LA ACTUALIDAD, CARECEMOS DE UN PROCEDIMIENTO QUE DEFINA LAS ACTUACIONES ESTANDARIZADAS EN CUANTO A LAS ACTUACIONES DE ENFERMERÍA QUE SE LLEVAN A CABO. CREEMOS QUE CON LA ELABORACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO PROPORCIONAREMOS UNA MEJOR ATENCIÓN GARANTIZANDO UNA MEJORA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

##### RESULTADOS ESPERADOS

DESARROLLAR UN PROCEDIMIENTO ENFERMERO CON ACTUACIONES ESTANDARIZADAS PARA LA REALIZACIÓN DE FLEBOTOMIAS O SANGRÍAS TERAPÉUTICA EN EL BANCO DE SANGRE DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH QUE APLIQUE CRITERIOS UNIFICADOS. GARANTIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO DE LA TÉCNICA DE FLEBOTOMÍA.

##### MÉTODO

- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO
- RECOGIDA DE BIBLIOGRAFIA PARA ELABORAR UN PRIMER BORRADOR
- ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DEFINITIVO Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES.
- REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMÍA.
- APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN
- DIFUSIÓN MEDIANTE SESIÓN INFORMATIVA AL PERSONAL DE LA UNIDAD CLÍNICA DE LABORATORIO E INTRANET DEL CENTRO.

##### INDICADORES

- 1- EXISTE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN
- 2- PORCENTAJE DE PACIENTES SATISFECHOS A LOS QUE SE LES HA REALIZADO UNA FLEBOTOMÍA:  
NUMERADOR: PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA FLEBOTOMIA Y RESPONDEN FAVORABLEMENTE A LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.  
DENOMINADOR: PACIENTES TOTALES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMIA  
EVALUACIÓN: SE EVALUARÁN TODOS LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA ESTA TÉCNICA EN UN MES.

##### DURACIÓN

###### SEGUNDO TRIMESTRE 2019:

- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO
- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO
- RECOGIDA DE BIBLIOGRAFIA PARA ELABORAR UN PRIMER BORRADOR

###### TERCER TRIMESTRE 2019:

- ELABORACIÓN DE DOCUMENTO DEFINITIVO Y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA PACIENTES.
- REGISTRO DE PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA FLEBOTOMÍA.

###### CUARTO TRIMESTRE 2019:

- APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN
- DIFUSIÓN MEDIANTE SESIÓN INFORMATIVA AL PERSONAL DE LA UNIDAD CLÍNICA DE LABORATORIO E INTRANET DEL CENTRO.
- EVALUACIÓN DE RESULTADOS

##### OBSERVACIONES

##### Valoración de otros apartados

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 28/02/2020

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

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

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se contabilizaron los pacientes visitados en la consulta de Anestesia durante los periodos de 2018 y 2019, siendo unas cifras muy similares.

Se calculó la tasa de electrocardiogramas realizados en pacientes menores de 45 años de edad en ambos periodos, contabilizando el número de pacientes visitados de esa franja de edad y el número de pruebas realizadas a los mismos, obteniendo una reducción del 30,4% en el año 2019 respecto al año anterior.

Se calculó la tasa de radiografías de tórax realizadas en pacientes menores de 60 años de edad en los años 2018 y 2019, obteniendo una reducción de unas 200 pruebas menos, lo que supone una disminución del 27,4% respecto al año 2018.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aplicación de un protocolo sencillo nos ha aportado la reducción de la realización de pruebas no necesarias, lo que disminuye los tiempos de espera para estas pruebas para otros pacientes, disminuye la sobrecarga de trabajo al servicio de radiología, resulta una disminución del coste económico del proceso preoperatorio; y lo que es más importante, reduce la iatrogenia sobre el paciente evitando pruebas innecesarias.

Queda pendiente la aplicación generalizada de este proyecto a todos los servicios quirúrgicos del hospital, y su difusión de manera gráfica sencilla para que pueda estar al alcance de todo el personal.

En un futuro, podemos valorar su aplicación en caso de cirugías urgentes según tipo de pacientes.

Se trata de un proyecto que debe seguir siendo aplicado en el tiempo por los beneficios que aporta, y que debe quedar integrado en el circuito del paciente quirúrgico.

#### 7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1207

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

### 1. TÍTULO

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

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

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

#### PROBLEMA

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

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

#### MÉTODO

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

#### INDICADORES

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

#### DURACIÓN

Junio 2018 a Mayo 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1343

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ..... CARMEN JIMENEZ IHUARBEN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO  
· Sector ..... CALATAYUD

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

ROMERO GARCIA ALVARO  
BOIRA TORIL CARLOS  
MORENO PIZONES SERGIO  
TOMEY CEBRIAN PATRICIA  
PELET BORDEETAS MARGARITA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el segundo trimestre se procedió a la formación de un grupo de trabajo para la elaboración e implantación de un procedimiento de normalización de los carros de quirófano.  
Se mantuvieron reuniones de equipo para la búsqueda de bibliografía y puesta en común.

- Durante el tercer trimestre se procedió al diseño del procedimiento el cual incluye:

Normalización de los carros de quirófano mediante la dotación de material, regularización del contenido, selección de stock y revisión continua.  
Revisión y reposición del stock al inicio y finalización de la sesión quirúrgica.  
Revisión de caducidades y reposición tanto de fármacos como de material así como la limpieza de los carros y frigoríficos en los días establecidos.  
Creación de un registro para control e información de la unidad.

También se realizó una puesta en común y colaboración con el resto de personal del bloque quirúrgico.

- Durante el cuarto trimestre no se pudo realizar la evaluación completa del programa de mejora debido a la realización de obras en el bloque quirúrgico obligando al desplazamiento de la actividad quirúrgica al bloque obstétrico con la correspondiente modificación de los carros durante dicho proceso. Dicha evaluación se pospondrá a la finalización de las obras y la instauración de nuevo en el bloque quirúrgico con la restauración de la actividad habitual.

Por dicho motivo se procedió a unificar el material en un único carro debido a tener que intervenir en el mismo quirófano del bloque obstétrico todas las especialidad quirúrgicas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se crearon el 100% carros de material y medicación específicos para cada quirófano según las necesidades de cada especialidad con la que se trabaja en ese quirófano.  
- El 100% de los carros cumplen con el contenido y el stock mínimo.  
- Se generaron hojas de registro de revisión-reposición, caducidades y limpieza de carros.

Debido a la realización de las obras en el bloque quirúrgico se procedió a la paralización de tal registro porque se llevo a cabo el almacenaje de los carros hasta la reanudación de la actividad quirúrgica, será en este momento cuando se continuará con tal registro. Hasta dicho momento el registro de chequeo en cuanto a revisión, caducidad y limpieza era del 75%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal de quirófano vio la necesidad de crear un carro de vía aérea difícil, a partir de ese hecho se decidió realizar una revisión y estructuración del resto de los carros de quirófano. Para ello se creó este grupo de mejora.

Este proceso ha sido efectivo, los carros se han revisado de forma continua, se han mirado caducidades y se han repuesto en todo momento tras la actividad quirúrgica.

Se ha retirado periódicamente el material fungible y la medicación con fecha de caducidad próxima, reduciendo los riesgos a un posible efecto adverso o error de administración.

Se han realizado limpiezas periódicas de los carros reduciendo el riesgo de contaminación del material, viéndose efectivos los resultados.

Este grupo hizo ver a dirección la necesidad de la compra de nuevos carros de medicación y material fungible para su organización y control.

#### 7. OBSERVACIONES.

Si fuese necesario se aportarían las hojas de registro cumplimentadas y firmadas por el personal del equipo interdisciplinar.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1343

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1343**

**1. TÍTULO**

**ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO**

\*\*\*\*\* \*\*\*

Nº de registro: 1343

Título  
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE NORMALIZACION DE CARROS DE QUIROFANO

Autores:  
JIMENEZ IHUARBEN CARMEN, MORENO PIZONES SERGIO, TOMEY CEBRIAN PATRICIA, PELET BORDEETAS MARGARITA, BOIRA TORNIL CARLOS, ROMERO GARCIA ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

PROBLEMA  
DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO, EL PERSONAL SANITARIO ATIENDE TANTO EN CIRUGÍA PROGRAMADA COMO EN URGENCIAS QUIRÚRGICAS TODAS LAS ESPECIALIDADES QUE SE ATIENDEN EN ESTE HOSPITAL EN TURNOS DE MAÑANA, TARDE Y NOCHE. ADEMÁS, CADA QUIRÓFANO DISPONE DE UN CARRO DE MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNJIBLE QUE VARÍA SEGÚN LA ESPECIALIDAD. LA NO EXISTENCIA DE UN DOCUMENTO ESTANDARIZADO DEL CONTENIDO Y ORDEN DE CADA CARRO IMPLICA PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE Y DE EFECTIVIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

RESULTADOS ESPERADOS  
1- DOTAR DEL MATERIAL NECESARIO LOS CARROS DE QUIRÓFANO (MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNGIBLE)  
2- NORMALIZAR EL CONTENIDO Y DISTRIBUCIÓN SELECCIONANDO STOCK Y CANTIDAD MÍNIMA  
3- PRECISAR PERIODOS DE REVISIÓN CON LISTA DE CHEQUEO Y LIMPIEZA

MÉTODO  
1- FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO  
2- MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO PARA BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA Y PUESTA EN COMÚN  
3- DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO, APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN.  
4- PUESTA EN COMÚN Y COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL PERSONAL QUIRÚRGICO (SERVICIO DE ANESTESIA...)

INDICADORES  
1- % DE CARROS DOTADOS DE MEDICACIÓN Y MATERIAL FUNGIBLE EN EL QUIRÓFANO  
2- % DE CARROS QUE CUMPLEN CON EL CONTENIDO Y EL STOCK MÍNIMO  
3- GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DE CHEQUEO EN CUANTO A REVISIÓN, CADUCIDAD Y LIMPIEZA. ESTANDAR > 60%

DURACIÓN  
2 TRIMESTRE: FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO  
MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO PARA BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA Y PUESTA EN COMÚN  
3 TRIMESTRE: DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO, APROBACIÓN POR CALIDAD Y DIRECCIÓN. PUESTA EN COMÚN Y COLABORACIÓN CON EL RESTO DEL PERSONAL QUIRÚRGICO (SERVICIO DE ANESTESIA...)  
4 TRIMESTRE: EVALUACIÓN 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 - 2019/1097

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE MARTIN MARTINEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO MUÑOZ ELENA  
MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL  
ESTRADA ESCRIBANO LAURA  
SANCHEZ MUÑOZ INES  
GRACIA ANDRES MIRIAM  
GONZALEZ LOPEZ LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

NOS PONEMOS EN COMUNICACIÓN CON EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS (H.C.U) Y SE NOS REENVÍA EL PROTOCOLO EMPLEADO POR ELLOS, SE CONSULTAN PROCEDIMIENTOS DE OTROS CENTROS HOSPITALARIOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PENDIENTE DE TERMINAR SU ELABORACIÓN DE SER ENVIADO AL SERVICIO DE CALIDAD PARA REVISIÓN Y SER APROBADO POR DIRECCIÓN DEL HOSPITAL Y DE SU IMPLANTACIÓN.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

VALORAMOS LA REALIZACIÓN DE UN PROYECTO EN EL QUE LOS CUIDADOS PRE Y POST REALIZACIÓN DE PRUEBA ESTÉN UNIFICADOS CON EL HOSPITAL DE REFERENCIA (H.C.U). PARA UNA MEJOR ATENCIÓN Y CALIDAD EN LOS CUIDADOS PRESTADOS A LOS PACIENTES.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1097 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1097

Título  
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA

Autores:  
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE, SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ GUERRERO JUAN MANUEL, ESTRADA ESCRIBANO LAURA, SANCHEZ MUÑOZ INES, GRACIA ANDRES MIRIAM, GONZALEZ LOPEZ LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

PROBLEMA  
La colangiopancreatografía retrógrada (CPRE), es una prueba pedida frecuentemente en el Servicio de Cirugía. En este Hospital, no se dispone de los medios para su realización, por lo que el paciente, es remitido a Centros Hospitalarios de Zaragoza. Es necesario una coordinación entre centros, para una correcta preparación. En la actualidad la Unidad de Cirugía no dispone de un procedimiento "completo" sobre Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con Justificación, Indicadores...

RESULTADOS ESPERADOS

Disponer en el H.Ernest lluch ( Unidad de Cirugía) de un procedimiento sobre la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), aplicable a pacientes ingresados o ambulatorios.  
-Realizar una correcta preparación y cuidados pre y post la prueba.  
-Disponer de un procedimiento que permita trabajar a todos de la misma manera.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1097

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO SOBRE COLANGIOPANCREOTOGRAFIA RETROGRADA

-Afecta a todos los pacientes que ingresen en este Hospital.

##### MÉTODO

- Reuniones en equipo facultativos y personal de la planta.
- Recoger información (De otros hospitales, internet, vías clínicas...).
- Una vez realizado se procederá a su difusión a través de comunicaciones.
- Evaluar resultados en un periodo de tiempo...

##### INDICADORES

Valorar antes de la prueba:

- Si tiene un estudio de coagulación reciente, ausencia de tratamiento anticoagulante. y CONSENTIMIENTO INFORMADO (FIRMADO POR MÉDICO Y PACIENTE)
- Colocar catéter nº 16-18, E.S.D
- \_Administrar el antibiótico pautado.

Valorar después de la prueba.

- El paciente permanecerá en ayunas 18-24 H
- \_Control de ctes C/4 H
- Administrar antibioterapia pautada
- Avisar al médico si:  
(Hipotensión, frecuencia cardiaca >110 X minuto, temperatura > 37,8 ° C, dolor abdominal, hiperglucemia >250 mgr%).

##### DURACIÓN

- Primer Trimestre:  
(Reuniones del equipo)
- Segundo Trimestre:  
(Elaborar un borrador, documentarlo...)
- Tercer Trimestre:  
(Teminar la elaboración del Procedimiento. Puesta en marcha y difusión de este.

##### 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 - 2019/0464

### 1. TÍTULO

#### CREACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... PERFECTA SANZ FOIX  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

charlas informativas de la enfermedad a los familiares ingresados diabeticos, una vez al mes, power point para visualizar y fotocopias para leer son los recursos empleados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En proceso

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En proceso

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/464 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0464

Título  
CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, SANZ FOIX PERFECTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

#### PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo y la que consume un mayor gasto de los presupuestos en los Sistemas de Salud. El estudio Di@betes muestra que la prevalencia de personas con DM tipo 2 en España es del 13,8%. La incidencia de personas con DM tipo 1 es de 12-14 casos/100.000 habitantes/año. Además la diabetes es la comorbilidad más frecuente en otras enfermedades crónicas también muy prevalentes, como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca (IC), entre otras.

La educación terapéutica (ET) es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de la persona con DM y en aquellas en riesgo de padecerla. La ET es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su patología, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social se considera una de las medidas de mayor impacto para reducir las complicaciones de la enfermedad y la inversión en estas acciones debe contemplarse, como una inversión de futuro. Además, está demostrado que el entrenamiento grupal en estrategias de autocuidado en personas con DM es efectivo para mejorar el nivel de glucosa en ayunas, HbA1c y el conocimiento sobre la enfermedad, reduciendo también los factores de riesgo asociados y la necesidad de medicación.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0464

### 1. TÍTULO

#### CREACIÓN DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Nuestro objetivo es la creación de un documento informativo de la DM para los pacientes en tratamiento con insulina y sus familiares para aumentar su nivel de ET, mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes y prevenir la aparición de complicaciones y las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad.
- En él, explicaremos qué es la DM, cómo se debe controlar, cuáles son los tratamientos actuales, en qué consiste la inyección de insulina y cómo se deben tratar los episodios de hipoglucemia e hiperglucemia.

#### MÉTODO

- Elaboración de un documento informativo que se entregará a todos los pacientes diabéticos que acudan a la consulta de Endocrinología del HELL y a los que se le inicie insulinización.
- Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en DM y presentación de folletos informativos.

#### INDICADORES

- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del documento informativo de DM:  $(N^{\circ} \text{ de nuevos usuarios satisfechos} / n^{\circ} \text{ de nuevos usuarios informados}) \times 100$ .
- Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

#### DURACIÓN

Creación de documento informativo: abril-mayo de 2019,  
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2019  
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde junio de 2019 en adelante.  
Evaluación de indicadores: enero y febrero 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 - 2019/0464

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA BELEN MAÑAS MARTINEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANZ FOIX PERFECTA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Septiembre 2019: Creación del documento informativo para pacientes diabéticos en tratamiento con insulina. Se ha creado un documento informativo en el que se han incluido los siguientes apartados: conceptos generales, hemoglobina glicosilada, la alimentación en el paciente diabético, el ejercicio físico, técnica de inyección de insulina, técnica de autoanálisis, hipoglucemia, hiperglucemia, información en internet de interés.

- Noviembre 2019: Se inicia la entrega del documento a pacientes con diabetes en tratamiento con insulina que son vistos en la consulta.

- Enero 2020: Se pone a disposición del resto de personal sanitario el documento en la intranet del sector.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha evaluado el porcentaje de pacientes con DM satisfechos con el documento informativo. En diciembre 2019 se realizan dos talleres de educación terapéutica para DM tipo 1, donde también se les hace entrega del documento informativo. El 100% de los pacientes está satisfecho con la información recibida.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental la elaboración de documentación informativa propia para entregar a los pacientes desde las Unidades de especialidades médicas y AP. Los pacientes tienen a su disposición información a veces no adecuada muy accesible desde internet. Tenemos que asegurar que reciben información relativa a sus enfermedades adecuada. La creación de documentos informativos es una herramienta sencilla y factible a realizar desde las diferentes unidades y con gran impacto en el personal atendido. Facilita que además los pacientes refuercen los contenidos aprendidos durante la educación sanitaria.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/464 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0464

Título  
CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
MAÑAS MARTINEZ ANA BELEN, SANZ FOIX PERFECTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

#### PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en todo el mundo y la que consume un mayor gasto de los presupuestos en los Sistemas de Salud. El estudio Di@betes muestra que la prevalencia de personas con DM tipo 2 en España es del 13,8%. La incidencia de personas con DM tipo 1 es de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0464

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN DOCUMENTO INFORMATIVO PARA EL PACIENTE QUE DEBUTA CON DIABETES EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

12-14 casos/100.000 habitantes/año. Además la diabetes es la comorbilidad más frecuente en otras enfermedades crónicas también muy prevalentes, como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la insuficiencia cardíaca (IC), entre otras.

La educación terapéutica (ET) es uno de los elementos imprescindibles en el cuidado de la persona con DM y en aquellas en riesgo de padecerla. La ET es una prioridad a través de la que se forma a los pacientes para que sepan actuar eficazmente ante su patología, reduciendo las complicaciones y logrando una mejor calidad de vida. Enseñar a los pacientes y a sus familiares los fundamentos de la diabetes y mejorar su capacitación para la vida social se considera una de las medidas de mayor impacto para reducir las complicaciones de la enfermedad y la inversión en estas acciones debe contemplarse, como una inversión de futuro. Además, está demostrado que el entrenamiento grupal en estrategias de autocuidado en personas con DM es efectivo para mejorar el nivel de glucosa en ayunas, HbA1c y el conocimiento sobre la enfermedad, reduciendo también los factores de riesgo asociados y la necesidad de medicación.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Nuestro objetivo es la creación de un documento informativo de la DM para los pacientes en tratamiento con insulina y sus familiares para aumentar su nivel de ET, mejorar la adherencia terapéutica de estos pacientes y prevenir la aparición de complicaciones y las descompensaciones/reingresos ocasionadas por el desconocimiento de la enfermedad.
- En él, explicaremos qué es la DM, cómo se debe controlar, cuáles son los tratamientos actuales, en qué consiste la inyección de insulina y cómo se deben tratar los episodios de hipoglucemia e hiperglucemia.

#### MÉTODO

- Elaboración de un documento informativo que se entregará a todos los pacientes diabéticos que acudan a la consulta de Endocrinología del HELL y a los que se le inicie insulinización.
- Realizar sesiones informativas al servicio de Medicina Interna y a enfermería sobre la educación en DM y presentación de folletos informativos.

#### INDICADORES

- Porcentaje de usuarios satisfechos con la información recibida sobre la unidad a través del documento informativo de DM:  $(N^{\circ} \text{ de nuevos usuarios satisfechos} / N^{\circ} \text{ de nuevos usuarios informados}) \times 100$ .
- Este indicador se obtendrá de las encuestas de satisfacción realizadas al final de la propuesta de mejora, y se calculará ajustando el resultado a los pacientes que responden a la encuesta.

#### DURACIÓN

Creación de documento informativo: abril-mayo de 2019,  
Realización de sesiones informativas sobre educación en IC: mayo-junio de 2019  
Inicio de entrega de folletos de educación en IC: desde junio de 2019 en adelante.  
Evaluación de indicadores: enero y febrero 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 - 2018/0485

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MOISES URIARTE PINTO  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SAGARDOY VALERA IGNACIO  
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN  
DE JUAN CEBOLLADA CARMEN  
MARTIN MARTINEZ MARIA JOSE  
DE MARCO MURO CRISTINA  
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA  
SEDILES ORTIZ JOSE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la consecución del presente proyecto se ha:

- Actualizado y corregido los errores detectados en la base de datos de medicamentos del Hospital Ernest Lluch (dosis por presentación, vía de administración, dosis y frecuencia más habituales de administración, registro de la dosis diaria definida, entre otros).
- Carga y activación de todos los profesionales sanitarios implicados en el proceso de prescripción, validación y administración de medicación en el paciente hospitalizado (médicos, enfermería y farmacéutico).
- Instalación de nuevos ordenadores en las Unidades de Enfermería.
- Formación de formadores: se recibió una sesión formativa sobre el manejo del módulo de prescripción y de administración de PreSalud.
- Puesta en marcha en la Unidad de Enfermería C (Medicina Interna).
- Se está trabajando en la extensión a otras Unidades.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Grado de implantación de la prescripción electrónica en la Unidad de Enfermería C: 91,05%.

Este dato observado en el periodo de implantación (segundo semestre de 2019) se debe a que el inicio fue gradual. Cada nuevo ingreso se iba incluyendo en el sistema de prescripción electrónica, sin embargo, los pacientes que estaban ingresados previamente continuaron en el sistema antiguo hasta que fueron dados de alta.

En la actualidad la totalidad de los pacientes que ingresan en la Unidad de Enfermería C disponen de prescripción médica electrónica.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la prescripción electrónica es un sistema que agiliza tanto el proceso de prescripción como de administración por parte de enfermería. Además, aumenta la visibilidad del tratamiento actualizado y administrado al paciente a otros profesionales implicados en la atención al paciente hospitalizado. Tenemos que seguir trabajando para implementar otras ayudas a la prescripción como sistemas de alertas por parámetros clínicos o interacciones farmacológicas.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/485 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0485

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
URIARTE PINTO MOISES, MORTE ROMEA ELENA, REYES FIGUEROA ADIB ANTONIO, GRAJEDA JUAREZ JOSE ARNOLDO, TORCAL AZNAR JAVIER, OLLERO DOMENCHE LETICIA, RODRIGUEZ LEON ALFREDO ANGEL, SAGARDOY VALERA IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología .....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que ingrese en el hospital

Línea Estratégica .: Seguridad clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano de la medicación en las hojas de tratamiento.

En estas condiciones, la probabilidad de aparición de errores es muy alta debido a múltiples factores como la ilegibilidad de la orden médica, prescripción en documento erróneo (hoja de evolutivo, de enfermería), uso de abreviaturas no estandarizadas, ausencia de identificación del paciente, paciente erróneo, transcripción de la orden médica a la gráfica de enfermería, ausencia de registro de alergias/intolerancias...

Recientemente se ha realizado un AMFE del proceso de prescripción, validación, dispensación y administración de medicamentos en nuestro hospital con el objetivo de identificar los posibles fallos del proceso y proponer acciones correctoras.

Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica de forma electrónica evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y por lo tanto minimizando los posibles errores asociados al proceso.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir los errores asociados al proceso de prescripción/transcripción de medicamentos.
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción.
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor.
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción en aquellos casos que precisen ajuste de dosis.
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que límite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.

#### MÉTODO

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el programa informático: FarmaTools@.
  - a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
  - b. Revisión de las características de las fichas de medicamentos, dosis por unidad, vía de administración, grupo farmacoterapéutico...
  - c. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools@.
3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
4. Implantación definitiva de la PEA.

Recursos materiales: será necesario dotar las unidades de hospitalización de equipos informáticos necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

#### INDICADORES

Definición del indicador: porcentaje de camas con prescripción electrónica respecto al total de camas de hospitalización disponibles.

(Camas con prescripción electrónica / Total de camas de hospitalización disponibles) x 100

Fuente de Datos: Auditoría

Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.

Límite Inferior: 40%

Límite superior: 50%

#### DURACIÓN

Abril-junio de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Junio-septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

Noviembre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0485**

**1. TÍTULO**

**IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0891

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRÓNICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA CRISTINA DE MARCO MURO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CERDAN MORENO LAURA  
AGUILERA GARCIA CRISTINA  
PEREZ GUILLEN MIGUEL ANGEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las siguientes actividades:

- Mantenimiento de reuniones periódicas con el personal de enfermería de la unidad para detectar acciones de mejora.
- Implantación de un sistema de registro de constantes vitales en todos los turnos.
- Actualización de la guía de funcionamiento de la unidad incluyendo esta actividad

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º % De registros de enfermería correctamente cumplimentados:

65 registros de enfermería correctos / 72 registros enfermeros de pacientes crónico complejos = 90%

2º % De complicaciones relacionadas con la variación de ctes vitales que han requerido intervención facultativa:  
13 intervenciones de enfermería que requieren intervención de facultativos /72 ingresos de pacientes crónicos complejos = 18.05%

Muestra: nº de ingresos de pacientes incluidos en el programa crónico complejo desde abril a diciembre de 2019

Fuente: registro informático de datos HPHISS e HCE

registro manual de historia de enfermería (gráfica de constantes y evaluación enfermera)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la implantación de un registro estandarizado de constantes y evaluación de enfermería del paciente crónico complejo por turno, se ha conseguido identificar precozmente signos y síntomas de riesgo. Esta intervención a supuesto la puesta en marcha de actuaciones médicas y de enfermería que han evitado situaciones clínicas de empeoramiento o complicaciones en el paciente crónico complejo por lo que consideramos cumplidos los objetivos propuestos en este proyecto y su continuidad en la unidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/891 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0891

#### Título

MEJORA EN LA ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRONICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

#### Autores:

DE MARCO MURO MARIA CRISTINA, CERDAN MORENO LAURA, AGUILERA GARCIA CRISTINA, PEREZ GUILLEN MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO  
Línea Estratégica ..: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0891

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO CRÓNICO COMPLEJO HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

##### PROBLEMA

SEGÚN LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DE NUESTRO HOSPITAL, A LOS PACIENTES INGRESADOS SE LES TOMAN CONSTANTES VITALES (TA, FC, SATURACIÓN DE O<sub>2</sub> Y T°) SIEMPRE EN EL TURNO DE MAÑANA Y ADEMÁS, SEGÚN PAUTA FACULTATIVA CUANDO LO PRECISAN.  
EN ALGUNAS OCASIONES HEMOS DETECTADO SITUACIONES DE RIESGO PARA LA SALUD DEL PACIENTE AL PASAR INADVERTIDAS VARIACIONES EN LOS VALORES DE LAS CONSTANTES.  
POR EL TIPO DE PACIENTES DE LOS QUE SE TRATA, ESTAS VARIACIONES SON MUY IMPORTANTES PARA LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE SU PROCESO HOSPITALARIO.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- DETECTAR PRECOZMENTE LAS DESVIACIONES DE LOS VALORES NORMALES DE LAS CONSTANTES VITALES Y EVITAR ASÍ POSIBLES COMPLICACIONES EN LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.
- ESTANDARIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA POR TURNO SIN SER NECESARIA LA PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA.
- MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL PACIENTE AL AUMENTAR LA SUPERVISIÓN DEL MISMO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

##### MÉTODO

- MANTENER REUNIONES PERIODICAS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD PARA DETECTAR ACCIONES DE MEJORA.

- IMPLANTAR UN SISTEMA DE REGISTRO DE CONSTANTES VITALES EN TODOS LOS TURNOS.
- INCLUIR EN LA GUÍA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD ESTA ACTIVIDAD.

##### INDICADORES

- % DE REGISTROS DE ENFERMERIA CORRECTAMENTE CUMPLIMENTADOS (MUESTRA DE 25 HISTORIAS)
- % DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA VARIACIÓN DE CTES VITALES QUE HAYAN REQUERIDO INTERVENCIÓN FACULTATIVA.

##### DURACIÓN

- PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE 2019: REALIZACIÓN DE REUNIONES CON MIEMBROS DE LA UNIDAD Y PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO.
- TERCER TRIMESTRE 2019: EVALUACIÓN DE INDICADORES.

##### OBSERVACIONES

ESTO FACILITARÁ SU RÁPIDA IMPLANTACIÓN

##### 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 - 2019/1353

### 1. TÍTULO

#### REALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROTOCOLO DE VACUNACIÓN PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MONICA VALDERRAMA RODRIGUEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL  
GRACIA GOMEZ CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se hizo una búsqueda bibliográfica con revisión de artículos y de protocolos de otros hospitales y comunidades autónomas. Durante el transcurso de estas actividades, se publicó por parte de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Sanidad de Aragón el "Protocolo de vacunación en grupos de riesgo" por lo que se ha tenido que modificar el nuestro para adaptarlo al documento de la Dirección General de Sanidad. Por ello, se ha informado a Farmacia y a las especialidades médico-quirúrgicas responsables de derivar a los citados pacientes, del citado documento para consensuar todas las adaptaciones. Una vez finalizado su desarrollo, se ha remitido a la Comisión de Calidad del hospital para su aprobación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se ha realizado el protocolo de vacunación para pacientes que pertenecen a grupos de riesgo del sector de Calatayud, habiendo sido consensuado con las especialidades afectadas por el mismo. Debido al poco tiempo de su implementación no se han podido valorar los indicadores de forma significativa pero actualmente el porcentaje de pacientes que completan el protocolo es el 100%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
A destacar la implicación del equipo de enfermería en la búsqueda de bibliografía. Se va a ampliar el protocolo en forma de procedimientos internos de trabajo para la Unidad, con relación a información práctica en relación a las vacunas (nombres comerciales, características, etc.) ya que al ser susceptibles de frecuentes modificaciones no se obliga así a realizar actualizaciones del protocolo sino solamente a modificaciones de los procedimientos de trabajo.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1353 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1353

Título  
REALIZACION Y DIFUSION DE UN PROTOCOLO DE VACUNACION PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

Autores:  
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, BALLANO DE MIGUEL ANA ISABEL, PRAT NAVARRO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Inmunosupresión por patologías o fármacos  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Los pacientes en situación de inmunosupresión, ya sea ésta causada por patologías, o, por prescripción de tratamientos inmunosupresores, son susceptibles a un riesgo de presencia o aumento de infecciones. Para disminuir ese riesgo existen estrategias de vacunación, ya recomendadas desde Salud Pública, a nivel nacional y autonómico. Las distintas sociedades médicas recomiendan a sus especialistas la necesidad de vacunación

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1353

### 1. TÍTULO

#### REALIZACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PROTOCOLO DE VACUNACIÓN PARA PACIENTES QUE PERTENECEN A GRUPOS DE RIESGO EN EL SECTOR DE CALATAYUD

previa a la prescripción de fármacos inmunosupresores, indicaciones incluidas en las fichas técnicas de estos fármacos.

En dependencia de la causa que produzca la inmunosupresión, los pacientes se agruparán según su riesgo aplicándoles unas vacunas u otras.

En nuestro hospital está implementada desde hace años la consulta de vacunación a este tipo de pacientes pero no hay un protocolo establecido. Este hecho hace que los profesionales, más ante situaciones de movilidad, desconozcan el procedimiento, tanto los grupos de riesgo incluidos en el programa, como las serologías a solicitar previamente a vacunación, como la necesidad en determinados grupos de riesgo de vacunación de los convivientes, como la evaluación de inmunidad posterior a la vacunación, etc.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Realización de protocolo de vacunaciones para pacientes en grupos de riesgo.
- Difusión del protocolo a los profesionales implicados.

#### MÉTODO

- Búsqueda de bibliografía pertinente.
- Consenso con las especialidades implicadas médicas, quirúrgicas y Farmacia.
- Realización del citado protocolo.
- Presentación a Dirección para su aprobación.
- Difusión del protocolo.

#### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes que completan el protocolo según grupo de riesgo:  $\frac{\text{Número de pacientes que completan protocolo de vacunaciones según el grupo de riesgo al que pertenezcan} \times 100}{\text{Número de pacientes que inician vacunación de los remitidos a consulta de Medicina Preventiva}}$

Rango de cumplimiento: 70-90%

- Porcentaje de pacientes con controles postvacunación anual:

$\frac{\text{Número de pacientes a los que se realiza valoración de inmunidad al año tras confirmación de inmunidad posterior a la primovacunación en las patologías que se puedan realizar serologías para este fin} \times 100}{\text{Número de pacientes a los que se realiza valoración de inmunidad posterior a la primovacunación}}$

Rango de cumplimiento: 70-90%

#### DURACIÓN

1 año iniciándolo a partir de mayo de 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ROCIO CEBOLLADA SANCHEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

MONFORTE CIRAC MARIA LUISA  
SEGURA MARIN ANA CARMEN  
SERRANO FARADUES ISABEL  
QUERO LAHOZ ROSA  
SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2019 se llevó a cabo la elaboración del Manual de Toma de Muestras Microbiológicas mediante la revisión exhaustiva de la metodología en otros centros de referencia, así como de las recomendaciones de nuestra Sociedad Científica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, adecuándolas a nuestras necesidades y características propias.

A finales del mes de marzo de 2019 se llevó a cabo la difusión y publicación en la intranet del Sector de dicho Manual.

Durante el periodo comprendido entre mayo y octubre de 2019 se llevó a cabo el registro de las incidencias relacionadas con las muestras mal transportadas que se recibieron en el Laboratorio.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se determinó el número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<5% del total de muestras).

Se determinó el número de muestras mal transportadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<5% del total de muestras).

Una vez publicado y difundido el Manual, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Muestras inadecuadamente transportadas al Laboratorio/6558 (número total de muestras recibidas): 0,15%.

Muestras inadecuadas para la investigación solicitada/6558: 0,38% (<5% del total de muestras).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado y al alcance del personal sanitario es imprescindible para la obtención de resultados óptimos y fiables que permitan hacer un diagnóstico correcto y preciso de las infecciones y así evitar tratamientos incorrectos e innecesarios, con el consiguiente aumento del gasto en antimicrobianos y sobre todo para evitar un potencial perjuicio al paciente.

Es responsabilidad de los microbiólogos mantener actualizados los protocolos, así como lo es también de los clínicos y personal de enfermería que realiza las tomas el consultar dichos manuales y contactar con el Laboratorio en los casos en los que haya dudas al respecto, para así evitar la pérdida innecesaria de muestras que, en algunas ocasiones, son irrepetibles por su obtención dificultosa.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/281 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0281

Título  
ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

Autores:  
CEBOLLADA SANCHEZ ROCIO, MONFORTE CIRAC MARIA LUISA, SEGURA MARIN ANA CARMEN, SERRANO FARADUES ISABEL, QUERO LAHOZ ROSA, SAGRADO ARROYO MARIA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología .....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0281

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH DE CALATAYUD

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

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

**PROBLEMA**  
Consideramos necesaria la existencia de un Manual de Toma de Muestras Microbiológicas para la obtención de resultados óptimos que permitan un diagnóstico adecuado de las enfermedades infecciosas y así disminuir las contaminaciones derivadas de un procedimiento incorrecto, así como dar respuesta a las dudas del personal Médico y de Enfermería sobre la correcta recogida de las muestras.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Se pretende estandarizar la recogida y transporte de muestras microbiológicas, disminuir el número de contaminaciones de las muestras recibidas, garantizar la correcta recogida de aquellas muestras que por ser de difícil obtención resultan irrepetibles y dar respuesta a las necesidades de los profesionales.

**MÉTODO**  
Realizar una revisión bibliográfica de las principales Sociedades Científicas y revisar la metodología utilizada en diferentes centros para la elaboración de un Manual adaptado a las necesidades del hospital.  
Consensuar un documento que refleje la información recogida.  
Difundir el documento a Atención Primaria y Especializada para poder realizar las consultas oportunas.

**INDICADORES**  
Número de muestras recibidas inadecuadas para la solicitud realizada tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).  
Número de muestras mal transportadas tras la difusión del Manual (<5% del total de muestras recibidas).

**DURACIÓN**  
Elaboración del Manual de Toma de Muestras: Marzo de 2019 (estimado).  
Revisión, aprobación y difusión en Intranet: Abril de 2019 (estimado).  
Comunicación a los Servicios: Mayo de 2019 (estimado).  
Recogida de indicadores y seguimiento: Mayo de 2019 a Octubre 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 - 2019/1417

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ELENA SANCHO MUÑOZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN

MORENO RUIZ MARTA

MANRESA OROZ NOEMI

GOMEZ HERNANDO MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración conjunta por parte del personal de enfermería del servicio de endoscopias y FEAS de neumología de una hoja de recomendaciones de enfermería para la realización de broncoscopia y cuidados post-broncoscopia.

2. Difusión del nuevo documento al personal de la consulta de neumología.

3. Implementación del documento en la consulta de neumología.

4. Comprobación por parte del personal de enfermería de endoscopias de que el paciente que acude a realizarse broncoscopia ha recibido la información sobre la preparación y cuidados post-broncoscopia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Pacientes que presentan complicaciones post-broncoscopia provocadas por la ingesta de sólidos o líquidos antes de dos horas: 0 %

- Número de broncoscopias suspendidas por mala preparación: 0%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los resultados obtenidos en la evaluación alcanzan los objetivos propuestos.

-La hoja de recomendaciones mejora la comunicación entre la unidad de endoscopias la consulta de neumología y el paciente.

-La hoja de recomendaciones mejora la seguridad del paciente.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1417 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1417

#### Título

IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA

#### Autores:

SANCHO MUÑOZ ELENA, MARTINEZ TOMEY MARIA CARMEN, MORENO RUIZ MARTA, MANRESA OROZ NOEMI, GOMEZ HERNANDO MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1417

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE HOJA DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE QUE SE LE VA A REALIZAR UNA BRONCOSCOPIA Y CUIDADOS POST-BRONCOSCOPIA

##### PROBLEMA

La broncoscopia requiere de una información previa para los pacientes ya que tienen que acudir acompañados, la prueba en sí requiere de sedación por lo que no pueden conducir ni abandonar la sala de endoscopias solos, ya que se pueden producir caídas por dicho efecto; al igual que con una preparación previa, como ayunas, no tomar anticoagulantes... para prevenir posibles broncoaspiraciones y sangrados. Si estas pautas no se cumplieran la prueba se anularía.

##### RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir el número de personas que acuden solos a la prueba o sin preparar por lo que se tiene que anular dicha prueba.

-Evitar complicaciones post- broncoscopia, como por ejemplo neumonías por aspiración porque el paciente ingiera dieta tras prueba sin esperar a finalizar el efecto de la anestesia.

##### MÉTODO

- Formación de grupo de trabajo.
- Recogida bibliográfica y reuniones de equipo.
- Elaboración de hoja de recomendaciones de enfermería al paciente que se le va a realizar una broncoscopia y cuidados post-broncoscopia.
- Difusión del procedimiento en el hospital.

##### INDICADORES

Numerador: Número de broncoscopias que se tienen que suspender por mala preparación (sin ayunas y sin acompañantes...).

Denominador: Número total de broncoscopias solicitadas.

Fuente: Agenda de broncoscopias.

Estándar: <5%

Numerador: Número de complicaciones post-broncoscopias.

Denominador: Número total de broncoscopias realizadas.

Fuente: Historia Clínica.

Estándar: 0%

##### DURACIÓN

Elaboración en el segundo trimestre.

Implantación en el tercer trimestre.

Evaluación en el cuarto trimestre.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1406

### 1. TÍTULO

#### TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA SERAL MORAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PALACIN LARROY MARTA  
GARICANO GUALLARTE LOURDES BEGOÑA  
GARCIA-MORATO MENDEZ ESTHER  
GUTIERREZ LAZARO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo del proyecto fue el de mejorar el rendimiento/eficiencia de la ecografía de la circulación cerebral extracraneal a través de su realización desde la Sección de Neurología, al permitir obtener una visión integral del enfermo con patología cerebrovascular, aunando la clínica del enfermo y la repercusión hemodinámica del evento acontecido, con el fin de establecer la etiología y administrar el tratamiento más adecuado y con la mayor celeridad posible.

En Abril de 2019 se instaló un ecógrafo en las Consultas de Neurología para la realización de los estudios de neurosonología. El hecho de contar con un aparato en nuestras consultas, independiente del Servicio de Radiología, ha permitido una gran flexibilidad, logrando maximizar su rendimiento, al adecuarlo a nuestros horarios y necesidades.

Desde Mayo de 2019, el estudio de la ecografía de troncos supraórticos se realiza, de forma rutinaria, desde la Sección de Neurología. Se realizan tanto los estudios de ictus de pacientes ambulatorios e ingresados, así como, los solicitados desde la sección de Cardiología como parte del estudio preoperatorio de la cirugía cardiaca.

La gestión de citas, limpieza y acondicionamiento del aparato, se realiza a través de las TCAE adscritas a la consulta de Neurología.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número total de estudios realizados por la sección de Neurología desde Mayo a Octubre de 2019 (periodo de evaluación): 58.

En atención ambulatoria: se han realizado 29 estudios procedentes de Consultas Externas de Neurología y de Cardiología

- El 75% (22 estudios del total de 29), se han realizado el mismo día de la Consulta en la que se solicita el estudio, lo que supone evitar consultas sucesivas para valorar los resultados y evitar desplazamientos para el paciente.
- La demora media, en aquellos en los que no se pudo realizar el mismo día de la consulta (7 pacientes), ha sido de 6 días desde la fecha de solicitud a la de realización.
- No ha sido necesario remitir a ningún paciente al laboratorio de neurosonología de HCU Lozano Blesa, en este periodo de tiempo.

En atención al paciente hospitalizado: se han realizado un total de 29 estudios.

- De los 29 pacientes en los que se realizó estudio neurosonológico durante el periodo de evaluación, 5 ingresaron durante el fin de semana (viernes o sábado) y se han excluido del análisis. De los 24 restantes: en 19 de ellos (79%) se realizó el estudio de TSA en las primeras 24 horas
- 20 pacientes presentaron AIT/ictus menor: en 7 de ellos, se realizó el estudio de TSA durante la valoración en Urgencias, siendo dados de alta desde dicho servicio, sin necesidad de ingreso en área de ictus, es decir, 7 ingresos evitados. Los 13 pacientes restantes en los que procedía el ingreso hospitalario, la estancia media fue de 3,78 días.

Valoración de los indicadores propuestos

1. Disminución estancia media en AIT/Ictus menor respecto a periodo anterior (6 meses previos):  
La estancia media en estos pacientes fue de 3,78 días. Mejoría respecto a valor previo: 5,6 días, en los 6 meses previos, en los que se realizaron 25 estudios (Noviembre-2018 a Abril-2019).  
7 pacientes fueron dados de alta desde el Servicio de Urgencias, correspondiendo a ingresos evitados. Previamente a la transferencia de estos estudios, procedía su ingreso hospitalario, al no tratarse de una exploración urgente que se solicitara desde el Servicio de Urgencias.

2. Pacientes en los que se realiza el estudio en las primeras 24 horas  
Estudios de TSA en las primeras 24 horas ? 79%. Objetivo propuesto > 70%.

3. Reducción del número de pacientes derivados para estudio hemodinámico a Consulta de Patología vascular cerebral de HCU Lozano Blesa  
No se ha remitido a ningún paciente

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1406

### 1. TÍTULO

#### TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Los datos para el análisis se han recogido a través del registro ictus de la Historia Clínica Electrónica y de la agenda de citaciones gestionada por el personal TCAE de la sección.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha de este proyecto ha supuesto un impacto significativo en la atención al paciente con ictus. Se ha mejorado su accesibilidad y se ha incluido en la práctica clínica habitual en la atención a estos pacientes.

El hecho de disponer de un ecógrafo, de uso por la propia sección, ha permitido una gran flexibilidad, permitiendo cumplir los objetivos propuestos, tal como ha quedado expuesto anteriormente y valorando los resultados del proyecto como positivos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1406 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1406

Título  
TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGIA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGIA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
SERAL MORAL MARIA, PALACIN LARROY MARTA, GARICANO GUALLARTE LOURDES BEGOÑA, GUTIERREZ LAZARO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
El estudio vascular carotídeo e intracraneal mediante ecografía, es una herramienta diagnóstica rápida, de bajo coste y no invasiva, fundamental en la evaluación del ictus, con implicaciones a la hora de establecer la etiología y conocer la repercusión cerebral del evento vascular acontecido.

Dentro de la formación especializada en Neurología se adquieren las capacidades/habilidades, necesarias para la realización de estos estudios y en la mayoría de los Hospitales de nuestra comunidad, esta prestación corre a cargo de los Servicios de Neurología, de forma que, es posible realizar una evaluación integral de la circulación extra e intracerebral y en un plazo de tiempo breve, aumentando así el rendimiento diagnóstico y la eficiencia de la prueba.

En nuestro centro, actualmente, este estudio se realiza por parte del Servicio de Radiología. Dada la carga de trabajo del mismo y la organización en la gestión de las citas, más rígida que la que se podría ofrecer desde Neurología (al tener que asumir y gestionar diferentes pruebas de todas las especialidades), hace que la demora para el acceso a este estudio sea prolongada tanto para pacientes ambulatorios, como, especialmente, de pacientes ingresados, repercutiendo en una mayor estancia media.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Los objetivos del proyecto de mejora con la transferencia del estudio desde el Servicio de Radiología a la Sección de Neurología, son:

1. Mejorar el rendimiento/eficiencia de la Ecografía doppler para el estudio de la circulación cerebral extracraneal, al obtener una visión integral del enfermo con ictus, aunando la clínica del enfermo y la repercusión hemodinámica del evento acontecido, con el fin de establecer la etiología y administrar el tratamiento más adecuado y con la mayor celeridad posible.
2. Reducción de la demora para la realización del estudio carotídeo en el paciente ingresado. En el paciente hospitalizado permitiría reducir la estancia media, al conseguir manejar el AIT/Ictus minor en 24-48 horas mediante la autogestión de citas y reducir el número de ingresos al permitir altas directas desde el Servicio de Urgencias en aquellos pacientes de bajo riesgo de recurrencia o que acuden pasada la fase aguda.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1406

### 1. TÍTULO

#### TRANSFERENCIA DE LOS ESTUDIOS DE NEUROSONOLOGÍA DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO A LA SECCION DE NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

3. Reducción de la demora para el acceso al estudio carotídeo en el paciente ambulatorio, con el fin de permitir dirigir al paciente hacia el tratamiento más adecuado en el menor tiempo posible y agilizar la resolución del problema de salud en las Consultas Externas de Neurología, disminuyendo así el número de citas necesarias.

#### MÉTODO

1. Realización del estudio ecográfico de troncos supraórticos por parte de la Sección de Neurología, tanto del paciente ingresado como del paciente hospitalizado.
2. Gestión de las citas de pacientes ingresados y ambulatorios por parte de las Técnicas en Cuidados Auxiliares de Enfermería de la Consulta de Neurología.

#### INDICADORES

- Disminución de la estancia media en el paciente con Ictus minor/ AIT, desde la transferencia del estudio a la sección de Neurología, respecto al periodo anterior (últimos seis meses).
- Número de pacientes ingresados por ictus con estudio carotídeo en las primeras 24 horas (salvo pacientes que ingresan durante el fin de semana): 70%.
- Reducción del número de pacientes derivados para estudio hemodinámico a la Unidad de Patología cerebrovascular de HCU Lozano Blesa, respecto al periodo anterior.

#### DURACIÓN

Abril: Organización del horario y ubicación del ecógrafo para su uso. Gestión de citas.  
Mayo-Octubre: Puesta en marcha de la realización del estudio de la circulación cerebral mediante Ecografía por parte de la Sección de Neurología  
Noviembre-Diciembre: Análisis comparativo y valoración de los 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 - 2019/0565

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Fecha de entrada: 29/12/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL GRACIA COLERA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CAÑIZARES OLIVER SILVIA  
MENES LANASPA JAVIER  
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO  
EGEA MERCEDES ELENA  
PICOT CASTRO MIGUEL  
SALVADOR ARROYO ESTEFANIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Identificación y selección de una población diana de con riesgo de desarrollo de la enfermedad de Chagas : Gestante procedentes de países endémicos, o que habiendo nacido en nuestro país son hijas de madres de este origen, y gestantes que han permanecido en estos países por un tiempo prolongado.

Inclusión del test de cribado de enfermedad de Chagas en la analítica de primer trimestre del embarazo (o consulta preconcepcional), en las embarazadas pertenecientes dichos grupos de riesgo (que descritos serían los siguientes):

- Origen latinoamericano (excepto islas del Caribe)
- Madre de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), aunque la madre haya nacido aquí.
- Estancia en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe) por tiempo prolongado (=1 mes), si bien se debe tener en cuenta el área geográfica (rural o urbana).

Diagnóstico precoz de la infección congénita, ya que el tratamiento es muy eficaz si se trata precozmente, además de ser tolerado en niños pequeños, mejor incluso que en niños pequeños y adultos.

Como beneficio adicional la detección y tratamiento de casos familiares en niños asintomáticos.

Someter la enfermedad a control epidemiológico, ya que en España todavía no hay implantada una estrategia a nivel nacional.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de desarrollo del programa de calidad se ha implementado íntegramente el cribado de la enfermedad de Chagas para gestantes en el primer trimestre de gestación (cribado totalmente innovador en este sector de salud). Se incluyen todas las embarazadas con los criterios de inclusión anteriormente citados. Ha sido necesaria la colaboración multidisciplinar con atención primaria (matronas, médicos de atención primaria, ..) para la formación en la identificación de población diana y selección de dicha población para cribado de enfermedad de Chagas en el primer trimestre. Así mismo, cabe destacar la colaboración del servicio de serología del laboratorio del Hospital Ernest Lluch de Calatayud en la inclusión del test de cribado de la enfermedad de Chagas en el primer trimestre de gestación.

Número de pacientes seleccionadas como población diana y a las que va dirigidas el cribado, número de casos detectados y tratados: Durante dicho periodo de desarrollo del programa se han identificado 14 casos de riesgo de enfermedad de Chagas entre una población total de 209 gestantes lo que supone una población diana cercana al 7% (6,69%) en todos ellos se ha realizado el cribado de primer trimestre para enfermedad de chagas y en todos ellos ha resultado negativo, por lo que tenemos una implantación del 100%.

Número de casos detectados y tratados: Afortunadamente en el periodo del 2019 no se han diagnosticado casos de enfermedad de Chagas en el sector sanitario de Calatayud.

Número de casos detectados entre familiares: Ninguno

Tasa de falsos positivos y negativos en las pruebas de laboratorio: Nuestro caso en concreto de la enfermedad de Chagas no es de fácil valoración puesto que al no haberse detectado casos positivos en las pruebas serológicas la tasa de falsos positivos y negativos no puede ser valorable. Aún así en el momento de la fase aguda de la enfermedad el diagnóstico serológico es relativamente sencillo puesto que la positividad y la multitud de técnicas serológicas hacen que esta sea muy marcada y por lo tanto la tasa de falsos positivos y negativos muy baja.

El diagnóstico serológico en la enfermedad de Chagas se basa en la determinación de inmunoglobulinas específicas de la clase G totales (IgG), aunque otras inmunoglobulinas como las IgM pueden ser detectadas en fase aguda. La multitud de tests validados para detección de estas IgG también hacen que todos ellos tengan

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0565

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

una alta sensibilidad y especificidad. En concreto en estos test serológicos es de : Sensibilidad (85%), especificidad (98%) valor predictivo positivo (92%) y valor predictivo negativo (95%).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cribado serológico de la embarazada es factible dentro del SNS no solo como vía de prevención secundaria en el Chagas o primaria en otras enfermedades de transmisión vertical si no como indicador de la situación epidemiológica de una enfermedad emergente a nivel nacional como esta. Si bien sabemos que en el área concreta de Calatayud no tiene especial prevalencia si sabemos que debido a las condiciones socio-epidemiológicas puede ser una enfermedad emergente como se muestra en las tendencias de todo el territorio nacional. Puede ser de utilidad haber empezado el que probablemente es el primer registro de detección de posibles casos de enfermedad de Chagas en Aragón para identificación precoz de infecciones congénitas.

En pocas situaciones se puede optimizar más los recursos que en este caso puesto que con la misma extracción serológica de cribado de primer trimestre (misma cita, mismo volante serológico, mismo material de extracción y recursos humanos profesionales) se puede implementar la detección de una enfermedad evitable y tratable, no solo para el recién nacido, sino para la madre y los supuestos casos familiares.

Por todo esto según los resultados de nuestro proyecto se RECOMIENDA la implementación del cribado de enfermedad de Chagas en primer trimestre de la gestación para las mujeres seleccionadas como población diana.

#### 7. OBSERVACIONES.

Recalcar que si bien la enfermedad de Chagas no es un problema de salud prevalente, si se ha convertido en una enfermedad emergente por el aumento de la inmigración procedente de áreas endémicas, pudiendo llegar a constituir un problema de salud pública debido a las vías de transmisión vertical y por transfusión sanguínea.

Es preciso continuar con un seguimiento de detección de nuevos casos para registrar mejores índices de prevalencia, incidencia de la enfermedad y validez de las pruebas diagnósticas.

Todas las sociedades científicas recomiendan el estudio a estas mujeres embarazadas incluidas en la población diana.

Agradecimientos en especial a los profesionales sanitarios de atención primaria que han ayudado a implementar el cribado del Chagas en la batería de primer día del embarazo con las pruebas serológicas (matronas, médicos de atención primaria) y al servicio de laboratorio.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/565 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0565

Título  
INTRODUCCION DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACION

Autores:  
GRACIA COLERA DANIEL, CAÑIZARES OLIVER SILVIA, MENES LANASPA JAVIER, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO, ELENA EGEA MERCEDES, PICOT CASTRO MIGUEL, PINTOS RODRIGUEZ ANA, SALVADOR ARROYO ESTEFANIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología: Enfermedad de Chagas  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
La enfermedad de Chagas es provocada por el parásito *Tripanosoma cruzi*. Se propaga por la picadura de los insectos reduvidos, o triatominos (chinches) y es uno de los mayores problemas de salud en Sudamérica. Debido a la inmigración, la enfermedad también afecta a personas en España.



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0565

### 1. TÍTULO

#### INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

La transmisión de la enfermedad madre-hijo durante el embarazo es una forma de transmisión muy importante. Puede ocurrir en cualquier momento de la infección y en cualquier momento del embarazo.

Cualquier mujer nacida en los países afectados o nacida en otra zona del mundo pero hija de una mujer nacida en los países afectados puede portar la infección sin tener síntomas. Y puede transmitirla durante el embarazo a su hijo. Lo más relevante de su cribado es que se puede detectar, tratar y curar al recién nacido si la ha contraído.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Identificar y seleccionar una población diana: Gestante procedentes de países endémicos, o que habiendo nacido en nuestro país son hijas de madres de este origen, y gestantes que han permanecido en estos países por un tiempo prolongado.

Diagnóstico precoz de la infección congénita, ya que el tratamiento es muy eficaz si se trata precozmente, además de ser tolerado en niños pequeños, mejor incluso que en niños pequeños y adultos.

Como beneficio adicional la detección y tratamiento de casos familiares en niños asintomáticos.

Someter la enfermedad a control epidemiológico, ya que en España todavía no hay implantada una estrategia a nivel nacional.

#### MÉTODO

1.- Incluir el test de cribado de enfermedad de Chagas en la analítica de primer trimestre del embarazo (o consulta preconcepcional), en las embarazadas pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo:

\* Origen latinoamericano (excepto islas del Caribe)

\* Madre de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), aunque la madre haya nacido aquí.

\* Estancia en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe) por tiempo prolongado (=1 mes), si bien se debe tener en cuenta el área geográfica (rural o urbana).

2.- Asegurar que en la anamnesis a todas las mujeres embarazadas que acuden para el control de embarazo se identifican los factores epidemiológicos citados con abjeto de hacer la oferta de cribado a las gestantes incluidas en la población diana.

3.- Investigar los factores epidemiológicos en el momento del parto o postparto a aquellas mujeres pertenecientes a la población diana a las que no se les haya ofrecido la prueba.

4.- Tratamiento precoz del recién nacido.

#### INDICADORES

Número de pacientes seleccionadas como población diana y a las que va dirigidas el cribado, número de casos detectados y tratados. Tasa de falsos positivos y negativos en las pruebas de laboratorio. Número de casos detectados entre familiares.

#### DURACIÓN

Recientemente se ha procedido a la solicitud propia de cada facultativo al cribado serológico de la Enfermedad de Chagas a principios de 2019. Implementación del cribado serológico de Chagas de manera homogénea y ajustada a la población diana por parte de todos los facultativos del servicio a partir de Abril de 2019. Información y ampliación de la solicitud de la prueba a los profesionales sanitarios que soliciten la batería de primer día del embarazo con las pruebas serológicas desde atención primaria (matronas, médicos de atención primaria).

El equipo se reunirá con el servicio de pediatría para poner en conocimiento los casos de detección precoz de Chagas para su posterior tratamiento precoz después del parto y elaboración de un programa de identificación de casos familiares.

Recogida de datos epidemiológicos a finales de 2019 para elaboración de un primer documento epidemiológico de la enfermedad de chagas en el área sanitaria de Calatayud.

#### OBSERVACIONES

Recalcar que si bien la enfermedad de Chagas no es un problema de salud prevalente, si se ha convertido en una enfermedad emergente por el aumento de la inmigración procedente de áreas endémicas, pudiendo llegar a constituir un problema de salud pública debido a las vías de transmisión vertical y por transfusión sanguínea.

Todas las sociedades científicas recomiendan el estudio a estas mujeres embarazadas incluidas en la población diana.

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 - 2019/0565**

**1. TÍTULO**

**INTRODUCCIÓN DE CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN**

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

### 1. TÍTULO

#### SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... LORENA DURAN ALGAS  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

MENES LANASPA JAVIER  
EGEA GONZALEZ ELENA MERCEDES  
PICOT CASTRO MIGUEL  
PINTOS RODRIGUEZ ANA  
GARCIA SIMON RAQUEL  
MARTINEZ ESTERAS PAULA  
CARNICERO GIMENO LAURA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto se llevo a cabo una primera reunión en el bloque obstétrico con los miembros del equipo de nuestro hospital ( ginecólogos/as y matrones/as) el día 8 de febrero de 2019, en la que se informó sobre la finalidad de este proyecto de mejora, que no es otra que la obtención de un registro informatizado del libro de partos estructurado, fiable, totalmente legible y con unos datos a recoger estandarizados para poder clasificar a nuestra población diana (gestantes que han dado a luz en el HELL durante el 2019) según los criterios de Robson (u otros criterios). Todo ello motivado por una tasa de cesáreas alta. Los criterios de Robson son los recomendados por la OMS para analizar la tasa de cesáreas, justificar las existentes e intentar reducir las mismas. Nuestro proyecto cuenta con el respaldo del jefe del servicio de ginecología y obstetricia.

Se acordó que dicho registro recogería algunos datos que hasta ahora no eran recogidos en el libro de partos tradicional. Para poder analizar los partos según los criterios de Robson son imprescindibles los siguientes ítems: presentación fetal en el momento del parto, multiplicidad (embarazo simple/múltiple), edad gestacional, modo de inicio del parto (espontáneo, inducido o programado), paridad y número de cesáreas previas. Para poder analizar otros pormenores se consideró de interés recoger el motivo de inducción, el consentimiento o no del parto vaginal tras una primera cesárea previa, el ofrecimiento, aceptación y/o denegación y éxito o fracaso de una versión cefálica externa (VCE) durante el embarazo en caso de presentación no cefálica persistente en 3º trimestre y por último, la realización o no de ph de calota fetal intraparto en caso de riesgo de pérdida de bienestar fetal (RBBF).

Durante la 2ª quincena de Febrero y los meses de Marzo y Abril, empezamos a diseñar un programa informático con la aplicación File Maker 15 Pro, con la inestimable ayuda del Dr Farrer como programador informático (también ha cedido altruistamente las licencias de dicha aplicación para poder llevar a cabo este proyecto con coste 0). Dada la dificultad para recabar algunos datos, como los relativos a la VCE en el momento del parto (ya que conviven actualmente la historia clínica electrónica y la tradicional en papel) y dado que tenemos otro proyecto de mejora en marcha en 2019, que es el de la aplicación de la calculadora gestacional y gestión obstétrica 3.0 en el hospital Ernest Lluch, optamos por que todos los datos generados respecto a la VCE fueran introducidos durante la consulta de obstetricia en el programa de la calculadora gestacional y como dicha aplicación, también esta generada con File Maker 15 Pro, pueden compartir información entre ambas aplicaciones, quedando automáticamente reflejados en el libro de partos electrónico cuando se genere un archivo con los mismos datos de filiación/episodio de embarazo.

Nuestra 2ª reunión con el equipo obstétrico fue en Mayo de 2019, fueron encuentros individuales, en los que el Dr. Farrer fue enseñando uno a uno el programa para que hicieran aportaciones y/o correcciones al mismo. Y al final de estos encuentros, se llegó a un consenso por mayoría según las aportaciones y se modificó el prototipo en Junio de 2019.

Posteriormente, se instaló una versión de prueba con usuario y contraseña en un ordenador de la unidad, para ir valorando in situ la facilidad de uso y la fiabilidad del auto Robson del programa y según los fallos encontrados, se fue modificando la aplicación en Julio y Agosto. Durante todo el tiempo de demora sobre nuestro cronograma inicial, se recogían manualmente los datos necesarios para su posterior introducción en la aplicación cuando estuviese terminada.

Desde Septiembre de 2019, se han ido generando archivos en dicha aplicación por parte de los integrantes de este proyecto de mejora, para generar la estadística de todo el 2019, no solo del 2º al 4º trimestre como propusimos inicialmente en nuestro proyecto, para así poder sacar conclusiones más acertadas sobre nuestra tasa de cesáreas, ya que nuestra población diana es muy pequeña.

Por último, cabe destacar, que la última reunión para informar del uso generalizado de nuestra aplicación ha sido el 29 de Enero de 2020 en la biblioteca del HELL, a la cual asistieron los miembros del equipo obstétrico del hospital ( ginecólogos/as, matrones/as, la supervisora del bloque obstétrico y enfermeros/as de las consultas de ginecología y de obstetricia), miembros del servicio de informática, la responsable de calidad del hospital, además de nuestro director médico y nuestra directora y subdirectora de enfermería.

En dicha reunión, hemos explicado como utilizar la aplicación informática (aunque dentro de la misma hay

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

### 1. TÍTULO

#### SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

notas informativas, para aclarar conceptos y unificar los criterios a la hora de recoger la información y así aumentar la homogeneidad de los registros y por tanto su calidad). Durante esta misma reunión, también se presentó la versión definitiva de la calculadora electrónica del embarazo, dado que ambos serán de uso general en nuestro servicio a partir del 1 de febrero de 2020. También se presentó la actualización del programa informático de fichas\_gine .

El uso y pertinencia de estos programas interrelacionados (libro de partos y calculadora gestacional) se realizó mediante una presentación en PowerPoint, además de otros medios audiovisuales para poder interactuar con la interfaz de ambos programas, resolver dudas in situ e informar de como se va a salvaguardar la privacidad y el acceso a la aplicación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro principal logro es una herramienta que permite clasificar todas nuestras parturientas según criterios de Robson, entre otros, lo cual nos ayudara a comprender apreciaciones útiles sobre la calidad de la recopilación de datos, el tipo de población atendida por el hospital, la tasa de cesárea de cada grupo y la medida en la que cada uno de los 10 grupos contribuye a la tasa global de cesáreas en nuestro entorno, así como sobre la filosofía general de la atención prestada en nuestra maternidad.

También permite comparar nuestros resultados con los esperados según los informes tabulares realizados por la OMS en un estudio transversal (2010-2011) llevado a cabo en 359 establecimientos de salud en 29 países con mas de 314000 mujeres en el.

El impacto de nuestro proyecto es reflejar estadísticamente el % de cesáreas no evitables en nuestro establecimiento y los indicadores a utilizar serian el % que representan los grupos 5.b y 6, 7 y 9, con respecto al total de cesárea, dado que según las recomendaciones de las sociedades científicas de ginecología y obstetricia actuales, recomiendan en dichos grupos el uso de la cesárea electiva como primera opción de parto. Además de recoger el % de denegación al parto vaginal tras cesárea dentro del grupo 5 a.

Los datos han sido obtenidos de la historia clínica electrónica y en papel de las pacientes durante la atención a su proceso de parto. Los relativos a la VCE han sido obtenidos de la aplicación de la calculadora gestacional tras la atención a la gestante en la consulta de obstetricia.

Como beneficios adicionales hemos obtenido la intercomunicación de datos entre otras aplicaciones ya existentes en nuestro servicio desde hace años (informe altas de matrona y el informe de altas médicas). Dichos programas fueron diseñadas con FileMaker 12 Pro y han sido remodelados para facilitar su uso y evitar tener que reintroducir una y otra vez los mismos datos en las distintas aplicaciones, por lo que optimiza el tiempo del personal dedicado a labores administrativas, para poder dedicarlo a la tarea asistencial o a la cumplimentación adicional de estos nuevos programas.

Nuestra estadística obstétrica para 2019 fue:

Atendimos a 212 mujeres durante su trabajo de parto, de las cuales 122 tuvieron un parto vaginal en cefálica (57,55%), 56 a través de un parto por cesárea (26,42%), 30 mediante un parto con ventosa (14,15%) y 4 tras parto con fórceps (1,89%).

Distribución de las mujeres atendidas en nuestra maternidad en 2019 según criterios de Robson:

Grupo 1 Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontanea (47 mujeres, 22.17% del total de partos de 2019)

Grupo 2a Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han sido sometidas a inducción (35 mujeres, 16.51% del total de partos)

Grupo 2b Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo que han sido sometidas cesárea antes del inicio del parto (2 mujeres, 0.94%)

Grupo 3 Multíparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontanea (71 mujeres, 33.49%)

Grupo 4a Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo, que han sido sometidas a inducción (20 mujeres, 9.43%)

Grupo 5a Multíparas con una cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo (21 mujeres, 9.91%)

Grupo 5b Multíparas con 2 o mas cesáreas previas, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o mas de embarazo (1 mujer, 0.47%)

Grupo 6 Nulíparas con un feto único en presentación podálica (5 mujeres, 2.36%)

Grupo 7 Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con una cesárea previa (4 mujeres, 1,89%)

Grupo 8 Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con una cesárea previa (3 mujeres,

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638**

**1. TÍTULO**

**SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

1.42%)

Grupo 9 Todas las mujeres con un feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa (1 mujer, 0.47%)

Grupo 10 Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa (2 mujeres, 0.94%)

No hemos mencionado el grupo 4b por no haber ninguna mujer de las atendidas en nuestra maternidad clasificada en dicha categoría.

Nuestro informe tabular de Robson para la contribución de cada grupo a la tasa de cesáreas:

Cesárea Programada:

Grupo 2b Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas cesárea antes del inicio del parto (2 mujeres, 3.57% del total de cesáreas)	embarazo,
Grupo 5a Multíparas con una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. (25,00% del total de cesáreas, 14 mujeres)	37
Grupo 5b Multíparas con dos o más cesáreas previas, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)	cefálica, de
Grupo 6 Nulíparas con un feto único en presentación podálica. (3,57% del total de cesáreas, 2 mujeres)	2
Grupo 7 Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)	cesárea
Grupo 8 Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)	(1,79%

Cesárea Urgente:

Grupo 1 Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. (8,93% del total de cesáreas, 5 mujeres)	embarazo, que
Grupo 2a Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción. (23,21% del total de cesáreas, 13 mujeres)	embarazo,
Grupo 3 Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)	mujeres)
Grupo 4a Multíparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción. (3,57% del total de cesáreas, 2 mujeres)	semanas o más
Grupo 5a Multíparas con una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)	37
Grupo 6 Nulíparas con un feto único en presentación podálica. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)	3
Grupo 7 Multíparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa. (5,36% del total de cesáreas, 3 mujeres)	cesárea
Grupo 8 Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)	(1,79%
Grupo 9 Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)	aquellas con
Grupo 10 Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa. (1,79% del total de cesáreas, 1 mujer)	semanas de

Tasa de inducciones y resultado final: En 2019 atendimos a 212 mujeres durante su parto, de las cuales 61 fueron inducidas por diversos motivos médicos (28,77% del total de partos), de las cuales 32 acabaron en un parto vaginal (52,46% de las inducciones /15.09% del total de partos), 18 en una cesárea urgente (29,51% / 8,49%), 10 en una ventosa (16,39% / 4,71%) y 1 en un fórceps (1,64% / 0,47%).

Tasa de denegación al parto tras cesárea previa: En 2019 atendimos a 23 mujeres con una o mas cesáreas anteriores de las cuales 12 no consintió el parto tras cesárea (5,66% total de partos de 2019), 5 mujeres consintieron pero no iniciaron el parto de forma espontánea por lo que acabaron en una cesárea por dicho motivo y malas condiciones obstétricas (2,36%), 4 de ellas consintieron y acabaron en un parto vaginal (1,89%) y a 2 no se les ofreció la posibilidad de un parto tras cesárea por estar contraindicado (1 por presentación podálica+CIR+oligoamnios+prematuridad (0,47%) y 1 mujer por presentar 2 cesáreas anteriores (0,47%)).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

### 1. TÍTULO

#### SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Tasa de Versión Cefálica Externa: Durante 2019 atendimos a 9 presentaciones no cefálicas persistentes en 3º trimestre (4,24% del total de partos atendidos). De las cuales a 8 de ellas se les ofreció una VCE, 4 de ellas no consintieron (1,89%), 4 de ellas consintieron (1,89%) de las cuales 3 de ellas fueron realizadas (0,94% de forma no exitosa, 0,47% de forma exitosa) y 1 de ellas no se llegó a realizar por inicio de parto espontáneo antes de las 37sg, fecha a partir de la cual se recomienda la realización de la VCE. Así que la vía de parto para 8 de ellas fue una cesárea urgente (2,83% del total de partos atendidos) o programada (0,94%) y 1 de ellas acabo en parto vaginal (0,47%).

Tasa de ph calota fetal y tipo de parto tras la misma; Durante este año realizamos 4 ph de calota fetal por RPBF(1,89%) en el 100% de los casos dió un resultado que permitió continuar con el parto, evitando una cesárea urgente por RPBF. El 75% de los mismos acabaron en parto vaginal (1,45%) y el 25% en cesárea por no progresión del parto (0,47%)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora respecto a las actividades realizadas para conseguir los objetivos no puede ser mas satisfactoria, es cierto que pese a llevar una gran demora respecto a nuestro cronograma inicial, hemos desarrollado una herramienta global para el registro de datos mas homogéneos, con los que mejorar la calidad de nuestra asistencia al parto mediante el análisis estadístico de los datos obtenidos. Además de ser una aplicación interdependiente con la aplicación de la calculadora gestacional y el programa de altas médicas y de matronas, intentamos dar una atención integral, con mayor trazabilidad en la que todo queda registrado y evitando así posibles errores u omisiones.

Este proyecto también nos ha aportado una toma de conciencia sobre la importancia de salvaguardar quien, cuando, como ha tenido acceso a dichos datos y si los ha modificado (hasta el momento en el libro de partos físico se pueden hacer anotaciones a posteriori), sin embargo con este sistema de usuario y contraseña se pueden modificar, pero siempre queda una copia oculta con el registro original y quién y cuando modificó dichos datos).

Sin embargo, nos queda pendiente su uso de manera generalizada por parte de todos los integrantes de la unidad, por lo que generar la adherencia al mismo y la estandarización de la recogida de los datos sera nuestro reto este año. De ello depende la sostenibilidad de nuestro proyecto y sus posibilidades de replicación año tras año.

Otra lección aprendida es lo importante que es evitar la primera cesárea, que aunque todos somos consciente de ello, es muy recomendable recordarlo cada cierto tiempo, porque condiciona los siguientes partos de manera muy importante.

Como nota final decir que gracias a este análisis estadístico hemos llegado a la conclusión que el 11,79% del total de partos que fueron cesáreas electivas no evitables (Grupo 5a que denegó el consentimiento+ Grupo 5b+ Grupo 6+ Grupo 7+ Grupo 9) y el 2,36% del total de partos (Grupo 5a que acepto el parto vaginal tras cesárea pero no inicio el parto) hubiera podido inducirse con seguridad en un hospital terciario.

#### 7. OBSERVACIONES.

Para visualizar la presentación final en formato PowerPoint, el informe tabular completo acceda al siguiente link a carpeta GoogleDrive: Libro\_Partos

<https://drive.google.com/drive/folders/1-H0Z0CdAgsVF0-xWVDSA3hSvVHoRVT7D?usp=sharing>

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/638 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0638

Título  
SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
DURAN ALGAS LORENA, MENES LANASPA JAVIER, EGEA GONZALEZ ELENA MERCEDES, PICOT CASTRO MIGUEL, PINTOS RODRIGUEZ ANA, GARCIA SIMON RAQUEL, MARTINEZ ESTERAS PAULA, CARNICERO GIMENO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638

### 1. TÍTULO

#### SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Actualmente el registro de la actividad obstétrica se realiza en muchos hospitales en el clásico libro de partos de papel aprobado en 1986, que recoge un limitado nº de variables, cuyas anotaciones en muchas ocasiones son difíciles de leer o se quedan sin rellenar. A día de hoy en Aragón, no hay ningún registro estandarizado informatizado común que permita saber la realidad de la actividad obstétrica y su calidad, impidiendo compararse con otros centros del mismo nivel o con la media aragonesa o estatal. Además, la OMS ha publicado una declaración dentro del HPR (Human reproduction program) en la que, preocupada por la variabilidad en la tasa de cesáreas y su incremento progresivo, insta a controlar esta práctica y propone la estandarización y universalización de los criterios de Robson, los cuales podrían ser fácilmente valorados mediante un sistema informatizado del libro de partos. Dichos criterios son un sistema propuesto por el Dr. Robson en 2001 que estratifica las mujeres según sus características obstétricas en 10 grupos y en consecuencia permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con un menor nº de factores de confusión.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son las mujeres que acuden a nuestra área de partos y que generan la actividad obstétrica del Hospital Ernest Lluch, centro de referencia del sector sanitario Calatayud. Esta iniciativa recoge el testigo e integra otras iniciativas de mejora del servicio ya finalizadas (ph calota fetal y versión cefálica externa) como un "continuum" para estadística, análisis de datos, toma de decisiones, cambios asistenciales y una nueva reevaluación en el tiempo (Circulo de Deming). El objetivo principal es tener un registro de partos fiable y seguro en el que se recogen todas las variables que pueden dar lugar a indicadores de actividad y calidad y que permita tomar medidas ante cualquier desviación detectada. El objetivo secundario es elaborar la tasa de cesáreas por grupos de Robson, para detectar variaciones estadísticas sin posibilidad de subjetivación de los resultados.

#### MÉTODO

Para elaborar el registro de parto informatizado se realizara una reunión con los miembros de la unidad implicados (ginecólogos y matronas) estableciendo los ítems a incluir, tras lo cual se diseñará el borrador del programa informático. En una 2ª reunión de los mismos, se presentará el prototipo y se matizarán modificaciones y/o la incorporación de nuevos ítems para obtener el modelo definitivo que se presentara en una 3ª reunión e implementará a partir de la misma y desde entonces se registrarán todos los partos en soporte informático y papel. El registro informatizado podrá ser modificado en las 24h posteriores al parto quedando constancia de la modificación realizada y se tendrá acceso a la aplicación mediante usuario/contraseña a título personal. Los titulares de las mismas serán las matronas/as y ginecólogos/as de la unidad. A partir de todo lo registrado se puede solicitar un listado que visualizar o imprimir, ordenado y acotado por fechas o cualquier otra variante del programa, garantizando la protección de datos. Anualmente, se emitirá un informe estadístico que recoja aquellos datos considerados importantes. Emitiendo un informe de actividad global y de cesáreas según los grupos Robson.

#### INDICADORES

Cada dato obtenido en la aplicación es un indicador. Pero informaremos respecto:  
-Tasa de inducciones y su resultado final.  
-Tasa de denegación de parto vaginal tras cesárea.  
-Tasa de versión externa cefálica ofrecida, denegada, fallida y exitosa.  
-Tasa de ph calota fetal, y tipo de parto tras la misma.  
-Tasa de cesáreas según grupos Robson: Su manejo como indicador interno es útil, pero para su uso como comparativo necesitaría de su universalización para poder tomar decisiones.

#### DURACIÓN

1ª reunión del equipo obstétrico: 1ª quincena febrero 2019.  
Borrador de libro de partos informatizado: 2ª quincena 2019.  
2ª reunión del equipo obstétrico para presentar el borrador y realizar rectificaciones: 1ªquincena marzo 2019.  
Implementación del libro de partos informatizado definitivo; 2ª quincena marzo 2019.  
El proyecto se llevará a cabo desde la 1ªquincena febrero 2019 y concluirá la memoria de la actividad realizada del 2º al 4º trimestre de 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0638**

**1. TÍTULO**

**SISTEMA INFORMATIZADO DEL LIBRO DE PARTOS EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MANUEL FARRER VELAZQUEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

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

DURAN ALGAS LORENA  
MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL  
IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE  
CARNICERO GIMENO LAURA  
MARTINEZ ESTERAS PAULA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto se llevo a cabo una primera reunión en el bloque obstétrico con los miembros del equipo de nuestro hospital (ginecólogos/as y matrones/as) el día 8 de febrero de 2019, en la que se informó la finalidad de este proyecto de mejora.

Dicha finalidad es el uso de una aplicación que complemente y coexista con la historia clínica electrónica (HCE) y que permita organizar la asistencia a la mujer embarazada de forma más fiable y segura mediante la obtención de un cronograma/lista de tareas personalizada al inicio del control gestacional y en la que se generen automáticamente todas las peticiones, interconsultas, citas, recomendaciones, consentimientos, etc, necesarios y completamente cumplimentados y que distinga entre eventos recuperables y no recuperables en caso de inicio tardío del control gestacional.

Nuestro proyecto cuenta con el respaldo del jefe del servicio de ginecología y obstetricia.

Para recabar los datos necesarios para la elaboración de dicho cronograma/lista de tareas, se acordó que dicha aplicación sería de uso común en la consulta de obstetricia, y se generaría en la primera visita en dicha consulta, que realizase la gestante y se iría actualizando la información y consultando que actividades a realizar en cada una de las visitas sucesivas. También se imprimiría la lista de tareas y se incluiría en la historia clínica de papel hasta que la HCE la reemplace totalmente.

Durante la 2ª quincena de Febrero y los meses de Marzo, Abril y Junio de 2019 empezamos a diseñar un programa informático con la aplicación File Maker 15 Pro con el Dr. Farrer Velázquez como programador informático (también ha cedido altruistamente las licencias de dicho aplicación para poder llevar a cabo este proyecto con coste 0).

Dado el potencial de la aplicación para evitar todo tipo de olvidos, omisiones, deficiente cumplimentación de las peticiones que surgen por motivos varios (alta volatilidad del personal de enfermería como de F.E.A. en los hospitales comarcales, curva de aprendizaje del nuevo personal para manejar los protocolos vigentes en el servicio y la burocracia inherente a todas las consultas de un hospital, etc.) la aplicación fue creciendo de ser un simple cronograma/lista de tareas y pasó a ser una herramienta integral que hace cálculos complejos, por ejemplo, para determinar el día idóneo para la extracción de la analítica del 1º trimestre para el cálculo del screening de cromosomopatías en la semana 10 y citándolas siempre el miércoles de dicha semana de gestación, lo mismo se realiza para la eco de la semana 12, la determinación de alfafetoproteína y la fecha idónea para la eco morfológica de las 20 semanas, etc, con lo que no solo ahorramos tiempo en dichos cálculos, sino que además obtendremos unos datos más homogéneos y fiables a la hora de interpretar esos datos de cribado en el futuro.

También se decidió compartir la base de datos que generaría este programa con otro programa de mejora de nuestro servicio para este año, como es el libro electrónico de partos dada la dificultad para recabar algunos datos como los relativos a la VCE en el momento del parto (ya que conviven actualmente la historia clínica electrónica y la tradicional en papel) y dado que dicha aplicación también esta generada con File Maker 15 Pro ambas aplicaciones pueden compartir fácilmente los datos, quedando automáticamente reflejados en el libro de partos electrónico cuando se genere un archivo con los mismos datos de filiación.

Nuestra 2ª reunión con el equipo obstétrico fue en Junio y Julio de 2019, fueron encuentros individuales, en los que el Dr. Farrer fue enseñando uno a uno el programa para que hicieran aportaciones y/o correcciones al mismo. También se consensuó con la Dra. Patricia Esteve Alcalde, responsable del servicio de laboratorio los asuntos relacionados con las peticiones analíticas, en lo referente a la detección de la isoinmunización Rh en el embarazo, mediante el reflejo por escrito de la administración o no de gamma globulina anti D durante el embarazo en las peticiones a laboratorio, para evitar falsos positivos y un gasto superfluo en la cuantificación de anticuerpos irregulares.

Al final de estos encuentros, se llegó a un consenso por mayoría según las aportaciones y se modificó el prototipo en Agosto de 2019, además de llegar al consenso que la interfaz de la aplicación contendría también los enlaces a la HCE, y a diversas paginas web de uso común durante la consulta de obstetricia para calculo de percentiles ecográficos fetales entre otros.

Otra medida de consenso fue la de introducir en la base de datos toda la educación sanitaria relativa al embarazo, que tienen que realizar tanto ginecólogos/as como enfermeros/as para darla de manera escrita y que

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

refuerce positivamente la información oral dada en la consulta, así como la inclusión de todos los consentimientos informados obstétricos en la aplicación.

Posteriormente, en septiembre de 2019 se instaló una versión de prueba con usuario y contraseña en el ordenador de la consulta de obstetricia, para ir valorando in situ la facilidad de uso y la utilidad del programa y según los fallos encontrados, se fue modificando la aplicación en septiembre y octubre de ese mismo año. Aunque llevábamos bastante demora sobre nuestro cronograma inicial, creímos que las mejoras que aportarían a la calidad de la asistencia, a la trazabilidad de todas las peticiones, consentimientos informados, constancia de toda la educación sanitaria realizada y posterior explotación de datos que generaría esta aplicación ampliada, merecería la pena a largo plazo.

Desde Septiembre de 2019, se han ido generando archivos en dicha aplicación por parte de los integrantes de este proyecto de mejora, para generar la estadística del 2019, en este caso referente a todo el 2019 en cuanto a la tasa de denegación del parto vaginal tras cesárea previa, la tasa de VCE ofrecida y denegada y el seguimiento del cribado prenatal, NITP y AMN (durante todo el tiempo de demora sobre nuestro cronograma inicial, se recogían manualmente los datos necesarios para su posterior análisis estadístico). Sin embargo, no podemos ofrecer la tasa de uso de la aplicación con respecto al total de gestaciones atendidas ya que hasta diciembre de 2019 ha estado en modo prueba y no se ha estado usando de manera sistemática.

Por último, cabe destacar, que la última reunión para informar del uso generalizado de nuestra aplicación ha sido el 29 de Enero de 2020 en la biblioteca del HELL, a la cual asistieron los miembros del equipo obstétrico del hospital ( ginecólogos/as, matrones/as, la supervisora del bloque obstétrico y enfermeros/as de las consultas de ginecología y de obstetricia), miembros del servicio de informática, la responsable de calidad del hospital, además de nuestro director médico y nuestra directora y subdirectora de enfermería.

En dicha reunión, hemos explicado como utilizar la aplicación informática (aunque dentro de la misma hay notas informativas, para aclarar conceptos y así aumentar la homogeneidad de los registros y por tanto su calidad). Durante esta misma reunión, también se presentó la versión definitiva del libro de partos electrónico, dado que ambos serán de uso general en nuestro servicio a partir del 1 de febrero de 2020. Además de lo anterior en dicha reunión también se presentó la actualización del programa informático de fichas\_gine .

El uso y pertinencia de estos programas interrelacionados (libro de partos y calculadora gestacional) se realizó mediante una presentación en PowerPoint, además de otros medios audiovisuales para poder interactuar con la interfaz de ambos programas, resolver dudas in situ e informar de como se va a salvaguardar la privacidad y el acceso a la aplicación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro principal resultado es una herramienta que permite la atención integral de la gestante complementaria a la HCE y que permite aumentar la calidad de la asistencia al evitar olvidos y/o omisiones, aumenta la trazabilidad de la consulta y actividades realizadas en ella y aumenta la calidad de los datos obtenidos para su posterior explotación estadística.

Todo ello también nos ayudara a comprender apreciaciones útiles sobre la calidad de la recopilación de datos, el tipo de población atendida por el hospital (captación tardía o no, raza, etc.), la tasa de denegación al parto vaginal tras cesárea y también la de la VCE, así como sobre la filosofía general de la atención prestada en nuestro hospital.

El impacto de nuestro proyecto es agilizar las labores administrativas inherentes a la asistencia de la embarazada durante la consulta de obstetricia y por ende, aumentar su calidad al poder dedicarle un tiempo extra a la gestante en vez de a la burocracia.

Los datos para la realización de la estadística han sido obtenidos de la propia aplicación en algunas pacientes, del servicio de laboratorio SSLab 5 y SSLab 6 y mayoritariamente de la historia clínica electrónica y en papel de las pacientes durante la atención a su embarazo en la consulta de obstetricia y durante su proceso de parto.

Como beneficios adicionales hemos obtenido la intercomunicación de datos entre otras aplicaciones ya existentes en nuestro servicio desde hace años (informe altas de matrona y el informe de altas médicas). Dichos programas fueron diseñadas con File Maker 12 Pro y han sido remodelados para facilitar su uso y evitar tener que reintroducir una y otra vez los mismos datos en las distintas aplicaciones, por lo que optimiza el tiempo del personal dedicado a labores administrativas, para poder dedicarlo a la tarea asistencial o a la cumplimentación adicional de estos nuevos programas.

Tasa de denegación al parto tras cesárea previa: En 2019 atendimos a 23 mujeres con una o mas cesáreas anteriores de las cuales 12 no consintió el parto tras cesárea (5,66% total de partos de 2019), 5 mujeres consintieron pero no iniciaron el parto de forma espontánea por lo que acabaron en una cesárea por dicho motivo y malas condiciones obstétricas (2,36%), 4 de ellas consintieron y acabaron en un parto vaginal (1,89%) y a 2 no se les ofreció la posibilidad de un parto tras cesárea por estar contraindicado (1 por presentación podálica+CIR+oligoamnios+prematuridad (0,47%) y 1 mujer por presentar 2 cesáreas anteriores (0,47%)).

Tasa de Versión Cefálica Externa: Durante 2019 atendimos a 9 presentaciones no cefálicas persistentes en 3°

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

trimestre (4,24% del total de partos atendidos). De las cuales a 8 de ellas se les ofreció una VCE, 4 de ellas no consintieron (1,89%), 4 de ellas consintieron (1,89%) de las cuales 3 de ellas fueron realizadas (0,94% de forma no exitosa, 0,47% de forma exitosa) y 1 de ellas no se llegó a realizar por inicio de parto espontáneo antes de las 37sg, fecha a partir de la cual se recomienda la realización de la VCE. Así que la vía de parto para 8 de ellas fue una cesárea urgente (2,83% del total de partos atendidos) o programada (0,94%) y 1 de ellas acabó en parto vaginal (0,47%).  
Tasas de cribado prenatal

Durante 2019 se han realizado:

Cribados de riesgo de cromosopatías de 1º trimestre: 219 (214 embarazos únicos, 4 gestaciones gemelares, 1 prueba que hubo que repetir).  
Cribados de riesgo de cromosopatías de 2º trimestre: 13. Siendo 11 de ellos por captación tardía de embarazo y 2 pese a haberse realizado la determinación de B-HCG libre y de PAPPa no pudieron realizarse por no haberse realizado la ecografía de las 12 semanas de embarazo imprescindible para su cálculo.  
Cribado de Defectos del Tubo Neural (DTN): Se realizó la determinación de alfafetoproteína en 206 ocasiones (195 gestaciones únicas, 4 gestaciones gemelares y 6 ocasiones que se repitió la determinación para corroborar si era un falso positivo o no).  
NITP (Determinación de ADN fetal en sangre periférica): Se realizaron 40 NITP en 2019, 28 de ellas por riesgo intermedio de cromosopatía (RR 1/50-1/1000), 5 de ellas por RR 1/1000-1/1500 y 7 de ellas por no tener cribados y no poder asegurar un bajo riesgo de cromosopatías tras realizar un sonograma fetal (obesidad materna, mala transmisión de ultrasonidos, marcadores ecográficos de cromosopatías, etc.) Todas los resultados fueron normales.  
Amniocentesis y biopsia de vellosidades coriales: Se derivaron a nuestro hospital de referencia el Hospital Clínico Universitario y realizaron 7 AMN (1 AMN se realizó tras una biopsia de vellosidades coriales no concluyente además de un cribado de 1ºT de alto riesgo RR1/1 y tener un hidrops fetal, otras 3 AMN fueron por RR<1/50, otra fue por marcadores ecográficos de sospecha de cromosopatía con cribado de 1ºT de bajo riesgo, y 2AMN por ser los progenitores portadores de alteraciones cromosómicas). Todas ellas fueron resultados normales.

En total se atendieron en nuestro hospital 212 partos con 215 nacidos vivos y un total de 234 gestaciones cribadas (214 mujeres con cribado de 1ºT, 13 mujeres con cribado de 2º T y 7 NITP), solamente no se cribaron gestaciones no controladas que acudieron únicamente a nuestra maternidad cuando iniciaron parto espontáneo. El desfase entre gestaciones cribadas y partos se deben a pérdidas gestacionales.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de las actividades realizadas por parte de este equipo de mejora es gratamente satisfactoria. Hemos desarrollado una herramienta global para la atención de la embarazada y su registro de actividad para una posible explotación estadística, con los que mejorar la calidad de nuestra asistencia. Además de ser una aplicación interdependiente con la aplicación del libro de partos informatizado y el programa de altas médicas y de matronas, intentamos dar una atención integral, con mayor trazabilidad en la que todo queda registrado y evitando así posibles errores u omisiones.

Este proyecto también nos ha aportado una toma de conciencia sobre la importancia de salvaguardar quien, cuando, como ha tenido acceso a dichos datos y si los ha modificado (gracias a la HCE este punto débil se ha subsanado, pero actualmente aun convive con la historia clínica de papel en la que aún se pueden hacer anotaciones a posteriori), sin embargo con este sistema de usuario y contraseña se pueden modificar los datos en la historia clínica, pero siempre queda una copia oculta con el registro original y quién y cuando modificó dichos datos.

También esta aplicación permite ahorrar espacio en nuestra consulta ya que no se necesitan impresos físicos por lo que a la larga evitara el gasto superfluo de acumulación de impresos de solicitudes poco utilizados, desaprovisionamiento de otros, o retirada de los mismos cuando se cambie su formato por otro.

Sin embargo, nos queda pendiente su uso de manera generalizada por parte de todos los integrantes de la unidad, por lo que generar la adherencia al mismo y la estandarización de la recogida de los datos será nuestro reto este año. De ello depende la sostenibilidad de nuestro proyecto y sus posibilidades de replicación año tras año.

#### 7. OBSERVACIONES.

Para visualizar la presentación final en formato PowerPoint y otros archivos y gráficos de interés acceda al siguiente enlace a carpeta GoogleDrive: Fichas\_Obst  
[https://drive.google.com/drive/folders/1Xhuig\\_81DGfFcJsUSNit4WU706vjKlWt?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1Xhuig_81DGfFcJsUSNit4WU706vjKlWt?usp=sharing)

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/639 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0639

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Título  
APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
FARRER VELAZQUEZ MANUEL, DURAN ALGAS LORENA, MARTINEZ BENEDI MARIA ISABEL, IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE, CARNICERO GIMENO LAURA, MARTINEZ ESTERAS PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
En las últimas décadas, la asistencia al embarazo ha ganado notablemente en eficacia y seguridad a cambio de una mayor complejidad en el seguimiento del mismo. Se han establecido una serie de acciones de seguimiento altamente protocolizadas, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que están sujetas a un estricto y dinámico cronograma a aplicar en función de diversas variables.  
A fecha de hoy se dispone en Aragón de una Historia Electrónica del Embarazo (HEE), pero es de nivel básico, y no aporta elementos de cálculos complejos para el seguimiento del mismo, ni facilidades para elaboración de un cronograma personalizado/lista de tareas para las gestantes, el cual, efectúe de forma automatizada y en tiempo, la cumplimentación de las peticiones de forma fiable, de manera que minimice las posibilidades de error en la cumplimentación de estas, reduzca el tiempo de consulta dedicado a estas tareas "administrativas" y permita dedicar mas tiempo a las gestantes, es decir, mejorar la seguridad asistencial, humanización y eficacia.  
Se pretende que este proyecto de aplicación informática sienta las bases para demostrar "otra manera de ver las cosas" a la hora del desempeño de la Obstetricia y que pueda ser adoptado por la informática institucional, avalado por el interés del responsable del proyecto con más de 30 años de experiencia en Obstetricia y Ginecología, y programación en Informática Médica.  
Como los protocolos son cambiantes en el tiempo en función de los cambios en el conocimiento y la tecnología, esta programación informática hace que estos cambios sean de fácil adaptación.  
Otro motivo para su uso sería el derivado de la alta volatilidad del personal de enfermería de consultas, lo cual aumenta la posibilidad de errores de cumplimiento de cronograma.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
La población diana son las gestantes atendidas en el Sector de Calatayud que generan la actividad de la consulta de Obstetricia del Hospital Ernest Lluch.  
El objetivo principal, es el uso de la aplicación para organizar la asistencia de forma más segura y fiable, que permita la elaboración de un cronograma/lista de tareas personalizado, que genere automáticamente todas las peticiones necesarias según los algoritmos, además de su recogida en una lista personalizada que distinga entre eventos recuperables e irrecuperables cuando se inicie el control del embarazo de forma tardía.  
Por ende, su uso van a generar un registro de todas esas acciones realizadas, lo cual conduce a nuestro objetivo secundario, que sería elaborar estadísticas de dichas variables almacenadas para su análisis mediante el círculo de calidad continua de Deming, que a su vez, permitirán tomar medidas ante cualquier desviación detectada.

**MÉTODO**  
La aplicación sigue la metodología de trabajo habitual de la consulta. Al atender una 1ª visita se abre un nuevo episodio de embarazo y se recogerán una serie de variables sobre la gestante, algunas dadas por el programa. Según sistemática habitual se realiza una ecografía para datación preliminar y con la fecha que nos proporcione se generará automáticamente un cronograma/lista de tareas con todas y cada una de las acciones a realizar durante todo el embarazo, la cual se reajustara con la datación definitiva dada por la ecografía de semana 12 y que incluirá todas y cada una de las peticiones, recomendaciones, consentimientos, derivaciones y citas a realizar durante todo el embarazo. Además se imprimirá una hoja resumen del cronograma para su inclusión en la historia clínica.  
Se tendrá acceso a la aplicación mediante usuario/contraseña personal. Los titulares de las mismas serán los ginecólogos/as y enfermeros/as de la consulta de obstetricia.  
A partir de todos los datos registrados se puede realizar un listado que visualizar o imprimir, ordenado y acotado por fechas o cualquier otra variante del programa, garantizando la protección de datos de las gestantes.  
Anualmente, se emitirá un informe en el que se recogen dichos datos, tratados de forma estadística.

**INDICADORES**  
-Tasa de utilización de la aplicación con respecto al total de gestaciones atendidas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0639

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE CALCULADORA GESTACIONAL Y GESTION OBSTETRICA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- Tasa de denegación de parto vaginal tras cesárea, recogido a su vez en el libro electrónico de partos.
- Tasa de versión externa cefálica ofrecida y denegada.
- Seguimiento de cribado prenatal y tasa de NIPT y amniocentesis.

#### DURACIÓN

1ª Reunión con el equipo obstétrico y elaboración del 1º borrador de la aplicación: 1ª quincena marzo 2019.  
2ª Reunión con el equipo obstétrico para presentar el borrador y realizar rectificaciones si procede: 2ª quincena marzo 2019.  
Implementación de la aplicación definitiva; 1ª quincena abril 2019.  
Este proyecto se llevará a cabo desde abril 2019 y concluirá con una memoria anual de actividad realizada del 2º al 4º trimestre 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 - 2019/0646

### 1. TÍTULO

#### FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE IBAÑEZ HERNANDEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FARRER VELAZQUEZ MANUEL  
BAGUENA BERNE MARTA  
PEREZ CORDON LAURA MARIA  
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA  
GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON  
DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la realización de este proyecto se llevó a cabo el 8 de febrero de 2019 una primera reunión con los miembros del equipo de nuestro hospital (ginecólogos/as y enfermeros/as de la consulta de ginecología), en la que se informó de la finalidad de este proyecto de mejora. Dicha finalidad es el reconocimiento, la evaluación y la ampliación de una aplicación informática ya existente en el servicio como es la de Fichas\_Gine.

Esta iniciativa surgió en el año 2002 ante la escasez de FEA de Obstetricia y Ginecología, para aligerar la lista de espera en la consulta de ginecología a través del envío por carta de los resultados de pruebas solicitadas desde la misma, fundamentalmente citologías, por lo que inicialmente se diseñó solo para realizar informes de resultados.

Dicha aplicación informática la diseñó y programó el Dr. Farrer Velázquez, inicialmente con el gestor de bases de datos FileMaker 4. Por incompatibilidad de esta versión con Windows 10, las actualizaciones más recientes de la aplicación se han realizado, en FileMaker 12, cuyas licencias han sido cedidas de manera altruista por el autor para continuar con la realización de dicho proyecto.

Poco a poco la aplicación fue creciendo y a través de ella se han podido gestionar todo tipo de peticiones de pruebas (laboratorio: por perfiles o protocolo, citologías generando impreso según criterios Bethesda, mamografías por códigos de prestación, RMN, densitometrías con anexo 2, preoperatorios completos, etc...), también se generan los tratamientos al ingreso hospitalario, peticiones a farmacia (LARC), informes diversos (MAP/Mutuas/Inspección/M69), todo ello perfectamente cumplimentado con lo que se ahorra tiempo en tareas administrativas y se aseguraba la correcta cumplimentación de los mismos (gran volatilidad del personal facultativo y no facultativo y su consiguiente curva de aprendizaje).

Ofrecía también otras ventajas adicionales como eran, evitar omisiones/errores (no es necesario el uso de pegatinas por lo que había menor probabilidad de errores de identificación de las peticiones/informes), además de ser documentos totalmente legibles por lo que minimizaba el riesgo de iatrogenia en las prescripciones. Una prestación esencial de la aplicación ha sido la impresión de una ficha/registro de actividad archivable (Apellidos, Nombre, NHC) con el que controlar la recepción de las pruebas solicitadas.

Nuestro proyecto cuenta con el respaldo del jefe del servicio de ginecología y obstetricia de nuestro hospital.

Acordamos en esta primera reunión que la ampliación de la aplicación en 2019 incorporaría:

Mejoras en los tratamientos al ingreso, en el sentido en el que todos los posibles ingresos para cirugía programada a cargo de ginecología, tendrían estandarizado un tratamiento al ingreso que se podría editar y personalizar. Incluiría si procede profilaxis antibiótica previa verificación de alergias, profilaxis antitrombótica (HBPM) con horas de administración consensuadas con el servicio de anestesia según abordaje anestésico a utilizar (intradural, epidural, anestesia general) etc.

Consentimientos informados: En el momento actual se dispone para su implantación de un total de 29, ante las posibles intervenciones ginecológicas programadas y actuaciones en consulta que requieren C. I. que se ofertan en nuestro hospital. Se generarán en el formato oficial del centro, cumplimentados con los datos de filiación de la paciente y los datos del especialista que informa y será también editable para una eventual personalización. La perfecta cumplimentación de los consentimientos nos pareció muy importante, ya que la mayoría de las demandas sanitarias que se pierden, lo son por aspectos relacionados con consentimientos informados inadecuados o inexistentes.

Un informe de la consulta de planificación familiar: Incluiría informes de Actuación Ambulatoria / Alta de pacientes de Planificación Familiar para Atención Primaria, en el formato del Programa de la Organización de la Atención Anticonceptiva de Aragón

Curso Clínico de la H.C.E.: Es un enlace con la historia clínica electrónica, la cual, ha empezado a funcionar este último año en nuestro hospital. Supone una anotación automática (Copiar/Pegar) en el Curso Clínico de la H.C.E. de todas las acciones realizadas a través de Fichas\_Gine que por su potencia permite la integración de algoritmos complejos y no meros textos pre redactados. También permite subir documentos en pdf.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

### 1. TÍTULO

#### FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Justificantes de asistencia. Para evitar alargar el tiempo que los pacientes están en el hospital, ya que hasta ahora para conseguirlo generalmente tenían que dirigirse a otros servicios (admisión/citaciones).

Una vez acordada la expansión de la aplicación durante los meses de Febrero y Marzo, empezamos a diseñar la ampliación del programa informático con la aplicación FileMaker 15 Pro Advanced con el Dr Farrer como programador informático (también ha cedido altruistamente las licencias de dicho aplicación para poder llevar a cabo este proyecto con coste 0).

La 2ª reunión con el equipo de ginecólogos/as y enfermería de la consulta de ginecología fue de Abril a Mayo de 2019, el Dr. Farrer mostró la ampliación de forma individual, para que hicieran aportaciones y/o correcciones al mismo. Y al final de estos encuentros, se llegó a un consenso por mayoría según las aportaciones y se modificó el prototipo en Junio de 2019.

Posteriormente en Septiembre-Octubre, se instaló la aplicación ampliada en el ordenador de la consulta de ginecología para ir incorporando los cambios en la actividad asistencial.

Por último, cabe destacar, que la última reunión para informar del uso generalizado de nuestra aplicación ha sido el 29 de Enero de 2020 en la biblioteca del HELL, a la cual asistieron los miembros del equipo obstétrico del hospital ( ginecólogos/as, matrones/as, la supervisora del bloque obstétrico y enfermeros/as de las consultas de ginecología y de obstetricia), miembros del servicio de informática, la responsable de calidad del hospital, además de nuestro director médico y nuestra directora y subdirectora de enfermería.

En dicha reunión, hemos explicado las mejoras del programa, como usarla y además de haber consensuado la nueva ampliación de la aplicación para 2020 que será con respecto a las ecografías ginecológicas para integrar el informe generado por Fichas\_Gine en formato pdf, en la H.C.E. (Upload).

Durante esta misma reunión, también se presentó la versión definitiva de la calculadora electrónica del embarazo y el libro informatizado de partos. Se hizo de manera conjunta ya que estos 3 programas están interrelacionados.

El uso y pertinencia de este programa se realizó mediante una presentación en PowerPoint, además de otros medios audiovisuales para poder interactuar con la interfaz de ambos programas, resolver dudas in situ e informar de como se va a salvaguardar la privacidad y el acceso a la aplicación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestro principal logro es disponer de una herramienta que permite la gestión burocrática integral de la consulta de ginecología. Además permite aumentar la calidad y optimizar los costos de la asistencia al evitar olvidos, errores y/u omisiones (P. Ej. peticiones por perfiles o protocolo), su uso, de una manera transparente genera datos que posibilitan una trazabilidad de la consulta y de las actividades realizadas en ella y por ende, estos datos obtenidos son susceptibles de posterior explotación estadística. Pese a que no fue diseñada con esos objetivos permite una búsqueda exhaustiva por campos calculados en función de otras variables. A continuación se muestran algunos ejemplos de explotación de datos.

Desde los inicios de la aplicación en 2002, se han contabilizado hasta finales de 2019, 46.224 registros de uso o "Fichas", siendo en 2019 utilizada 3.822 veces (frente a los 547 de 2002).

El análisis de datos tan básicos como la distribución por edad de las mujeres atendidas en nuestra consulta en estos casi 20 años que lleva funcionando la aplicación, permite establecer estrategias para poder planificar necesidades reales que nos lleven a mejorar su asistencia a través de los datos obtenidos.

El impacto de nuestro proyecto es agilizar las labores administrativas inherentes a la asistencia de las mujeres que acuden al servicio de ginecología y así poder dedicarles un tiempo extra en vez de a la burocracia. También permite llevar un control exhaustivo de las pruebas pendientes de recibir los resultados, lo que aumenta la seguridad,

Los datos de rendimiento de la aplicación para la realización de esta memoria en referencia concreta al año 2019 han sido obtenidos de la propia aplicación de Fichas\_gine.

De los 3.822 registros del 2019 la distribución de su utilización en los cometidos más relevantes fue la siguiente:

Peticiones (y registros inherentes de control de resultados) de:

- Citología: 427
- HPV: 258
- Biopsias de cérvix: 21
- Polipectomía cérvix: 17
- Biopsias endometrio:113
- Mamografía/ecografía mamaria: 413
- Ecografía ginecológica: Solicitudes 1484 Informes ecografía ginecológica: 689
- Cultivos vaginales/endocervicales: 47
- Laboratorio:
- ? Estudio básico de esterilidad (EBE): 25

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

### 1. TÍTULO

#### FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

- ? EBE en el varón: 29
- ? Marcadores tumorales: 26
- ? Estudios hormonales: 141
- ? Hirsutismo: 30
- Densitometría y el Anexo 2: 73
- Pruebas especiales: RMN 20
- Preoperatorios: 134
- Peticiones a Farmacia Hospitalaria DIU: Mirena (76), Kyleena (36), Implanon NXT: 82
- Peticiones a Suministros DIU de Cobre (75).

Hoja de tratamiento al ingreso quirúrgico: 100% de las intervenciones 134

Gestión del volante M-69: MAP (4) / Inspección (1)

Informes para MAP/Mtuas: MAP (16 Gardasil, 3 Cevaxix, 6 Provia, 20 Esmya, 13 Colpotrofin, 4 Nuvaring) /Mutuas (6 MAZ)

Visados para inspección: 30 (20 Esmya, 10 otros varios)

Cartas de resultados: 65

Consentimientos informados Todas las intervenciones 134 + 1//2 de las biopsias ambulatorias 76 : 210

Destacar que casi toda la actividad burocrática de la consulta se realiza a través de esta aplicación, siendo de uso generalizado por parte de todos los facultativos y personal de enfermería de nuestro servicio, hasta tal punto que el ordenador de la consulta principal de ginecología dispone de doble monitor, teclado y ratón de tal manera que pueden trabajar de forma concurrente facultativo y enfermero/a lo que permite optimizar el tiempo. Y dado que desde 2019 se ha implantado de forma generalizada el uso de la historia clínica electrónica en nuestro hospital, esta aplicación permite traspasar los datos generados en ella como un corta y pega o mediante un archivo adjunto en pdf que cargar a la H.C.E de las pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración sobre las actividades realizadas en este proyecto es muy positiva, ya que demuestra que la inversión inicial de nuestro tiempo y nuestro esfuerzo en programar una aplicación informática se ve recompensada a la larga con una sistemática de trabajo mas fluida, menos tediosa y mas segura.

También estamos muy orgullosos de la evolución y aceptación de este proyecto por parte de todos los integrantes del equipo (3822 usos en 2019) y sobre todo ilusionados con las posibilidades de expansión del mismo, como ya hemos mencionado en nuestra ultima reunión se decidió realizar una ampliación de la aplicación para que generase y adjuntase a la H.C.E un informe en pdf de todas las ecografías ginecológicas.

Con todo lo anteriormente dicho, creemos que la sostenibilidad (sin coste adicional) del proyecto esta asegurada, como lo demuestra su uso continuado desde 2002 (46224 usos hasta la fecha) y esperamos que año tras año, gracias al estudio de los datos obtenidos mediante esta aplicación y analizándolos según el círculo de Deming (planear, hacer, verificar y actuar...) consigamos encaminar nuestra práctica asistencial hacia la excelencia.

#### 7. OBSERVACIONES.

Para visualizar la presentación final en formato PowerPoint y otros archivos y gráficos de interés acceda al siguiente enlace a carpeta GoogleDrive: Fichas\_Gine

<https://drive.google.com/drive/folders/1cOBx3ZiqlzPQ9L2iYJ9skMxCebZdnk8Z?usp=sharing>

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/646 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0646

Título  
FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
IBAÑEZ HERNANDEZ MARIA JOSE, FARRER VELAZQUEZ MANUEL, BAGUENA BERNE MARTA, PEREZ CORDON LAURA MARIA, DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA, GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE SIMON, DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres

Edad .....: Adultos

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

Otro Tipo Patología: Ginecología y Planificación Familiar



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646

### 1. TÍTULO

#### FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Línea Estratégica : Eficiencia  
Tipo de Objetivos : Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

En las últimas décadas la asistencia en la consulta de Ginecología ha ganado en eficacia y seguridad a costa de una mayor complejidad de la misma. Se han establecido una serie de acciones de seguimiento altamente protocolizadas, bajo los auspicios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) a aplicar en función de diversas variables.

A fecha de hoy en Aragón, no se dispone de una Historia Electrónica (HE) completa, y aunque está en fase de introducción la evolución clínica informatizada, es de nivel básico ya que no aporta elementos de cálculos complejos para aplicación de protocolos, solicitud de perfiles específicos ni facilidades para el desempeño de los mismos según una lista de tareas para los distintos procesos clínicos, de enfermería y administrativos, que de forma automatizada y en tiempo permitan cumplimentar peticiones de forma fiable para minimizar posibles errores, reduzca el tiempo de consulta dedicado a tareas "administrativas" y permita dedicar más tiempo a las pacientes. Es decir, mejora la seguridad asistencial, humanización y eficacia. Se pretende que este proyecto sienta las bases para demostrar "otra manera de ver las cosas" a la hora del desempeño de la consulta de Ginecología y que pueda ser adoptado por la informática institucional, avalado por el interés del primer colaborador del proyecto con más de 30 años de experiencia en obstetricia, ginecología y programación en Informática Médica. Como los protocolos son cambiantes en el tiempo en función de los cambios en el conocimiento y tecnología, esta programación informática con lenguaje de alto nivel, próxima al lugar de trabajo, hace que estos cambios sean de fácil adaptación. Este proyecto da forma a una iniciativa que comenzó hace 19 años con más de 80.000 usos desde su inicio

#### RESULTADOS ESPERADOS

La población diana son las pacientes que generan la actividad de la consulta de Ginecología del Hospital Ernest Lluch (Sector de Calatayud)

El objetivo principal, es el uso de la aplicación informática "Fichas gine" que de forma paralela a la HE permita (como un "Plug in" de software en el equipo local), en función de determinadas variables, elaborar peticiones y su recogida en una ficha personalizada para organizar la asistencia de forma más segura y fiable. Su uso genera implícitamente un registro de todas esas acciones que darán lugar a indicadores de actividad y calidad. Otro objetivo sería, elaborar estadísticas con las variables almacenadas, su análisis con la metodología del círculo de calidad continua de Deming, que a su vez permita tomar medidas ante desviaciones detectadas

#### MÉTODO

La aplicación sigue la metodología de trabajo habitual de la consulta. Al atender una consulta se abre una nueva ficha donde se recogen una serie de variables: Por un lado los datos de filiación aportados por la aplicación y por otro, introduciremos variables de interés clínico, como motivo de consulta y pruebas solicitadas, en muchos casos por perfiles específicos según protocolo. Al quedar consignadas estas peticiones en las fichas, permite al personal de enfermería el control de recepción de las pruebas como mecanismo de seguridad.

La aplicación aporta numerosas utilidades para facilitar el desempeño de la consulta como la cumplimentación de impresos como:

Petición de Citología/Mamografía/ecografía mamaria/Histerosalpingografía.

Petición de ecografía y realización del informe.

Petición individualizada a Farmacia de Anticonceptivos de larga duración

Petición de Laboratorio para su uso discreto o mediante perfiles (Estudio Básico de Esterilidad (EBE), EBE del varón, Marcadores tumorales, estudios hormonales, hirsutismo, etc)

Cumplimentación del impreso de petición de Densitometría Ósea y su Anexo 2.

Cumplimentación del preoperatorio (Laboratorio, Rx tórax, ECG informado, consulta de anestesia, consentimiento informado para inclusión en Lista de Espera Quirúrgica y "Ficha Rosa" para registro y admisión.

Hoja de tratamiento al ingreso quirúrgico

Gestión del Volante M69 de uso muy diverso

Petición de pruebas especiales

Informes para MAP y/o mutuas

Visado de medicamentos para Inspección

Instrucciones de uso de determinados medicamentos

Cartas

Consentimientos informados

#### INDICADORES

Cada dato obtenido en la aplicación es un indicador. Pero informaremos de la tasa de uso de la aplicación

#### DURACIÓN

1ª reunión del equipo obstétrico y borrador de la aplicación: 1ª quincena marzo 2019

2ª reunión del equipo obstétrico: Presentación del borrador y rectificaciones: 2ª quincena marzo 2019

Implementación aplicación definitiva; Abril 2019

El proyecto se iniciará en Abril de 2019 y concluirá con una memoria anual de la actividad realizada del 2º al 4º trimestre de 2019

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0646**

**1. TÍTULO**

**FICHAS GINECOLOGIA Y GESTION CONSULTA 3.0 EN EL HOSPITAL ERNEST LLUCH**

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 - 2019/0859

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA BERNAL ARAHAL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GRACIA COLERA DANIEL  
FRANCO SERRANO CARLOS  
ESTEVE ALCALDE PATRICIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL programa SSD6 comenzó a funcionar en nuestro centro a mediados de enero de 2019, y hemos podido incluir en el seguimiento de este proyecto a todas las gestantes en las que se ha realizado cribado gestacional de 1 y/o 2 trimestre desde el 1 de enero 2019, gracias a la inclusión de 1 paciente rescatada del anterior programa. No en todas ellas tenemos resultados perinatales, por la razón obvia de la duración de la gestación. Desde entonces hemos podido trabajar con esta plataforma informática para realizar los cribados de primer y segundo trimestre, y las determinaciones de AFP como cribado de alteración del tubo neural. Ha resultado un programa intuitivo y de fácil aprendizaje, haciendo más sencilla la labor asistencial. Durante las reuniones celebradas en Julio y octubre entre los participantes constatamos el correcto funcionamiento del programa Ssd6, sin haber tenido falsos negativos pero todavía sin número suficiente de datos para poder dar resultados con significación estadística. El 29/01/2019 se realizará una reunión con todos los profesionales involucrados para dar a conocer los datos obtenidos y los caminos a seguir.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Gracias al programa SSD6 hemos podido analizar los siguientes datos:

Durante el año 2019 se han realizado\_

- 219 cribados de primer trimestre: 214 embarazos únicos, 4 embarazos gemelares y 1 cribado que requirió 2 extracciones.
- 13 cribados de segundo trimestre: 11 de ellos por captación tardía y 2 por no presentarse la paciente a la ecografía de 1 trimestre pese a haberse realizado el cribado bioquímico.
- 206 extracciones de AFP: 6 de ellas requirieron confirmación posterior.
- 40 TPNI (test prenatal no invasivo: DNA fetal en sangre materna): 28 de ellas por riesgo intermedio de cromosomopatía, 5 de ellas por riesgo entre 1/1000 y 1/1500 (2 de ellas gemelares monocoriales, 1 por antecedente materno de gestación con Sd Down, 1 por presentar TN>p99 en semana 10) y 7 de ellas por control fuera de la ventana de cribados y sonograma genético inconcluyente. De todos los NIPT realizados, 35 se han informado en el programa Ssd6 y de las 5 restantes 3 se realizaron antes de la implantación del programa (a principios de enero 2019)
- 7 amniocentesis: 2 por progenitores portadores de alteraciones cromosómicas, 4 por cribados de alto riesgo y 1 por marcadores ecográficos a pesar de cribado de bajo riesgo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tasa de falsos positivos del 1.7 % (4 amniocentesis por cribado de alto riesgo de 232 cribados en total), menor al 5 % que se considera el estándar de este procedimiento.
- Tasa de TPNI realizados por cribados de riesgo intermedio 12 % (28 casos de 232 cribados) Es un porcentaje adecuado, pues en el Protocolo Aragonés incluimos como cribado contingente a las pacientes con resultados de riesgos intermedio ( 1/50 - 1/999), lo que amplía la población diana.
- Se han realizado TPNI fuera de protocolo, todos ellos con clara justificación clínica. Hay que tener en cuenta las gestaciones que inician de forma tardía el control de embarazo, estando fuera de rango de cribados de primer y segundo trimestre. El sonograma genético es un cribado menos sensible y con gran influencia de los factores no controlables por nuestra parte ( por ejemplo: obesidad materna, mala transmisión sónica...)
- Resultados perinatales: de los disponibles actualmente, no hemos tenido ningún recién nacido portador de cromosomopatía.
- Las desviaciones estándares del cribado combinado de 1 trimestre encontradas han resultado muy satisfactorias, todas ellas dentro de los estándares de calidad.
  - o Translucencia Nucal
  - ? Media Log 10 MoM:-0,019 | DS Log 10 MoM: ±0,112
  - ? Media MoM: 0,993 | DS: ±0,337
  - o PAPP-A
  - ? Media Log 10 MoM:-0,05 | DS Log 10 MoM: ±0,265
  - ? Media MoM: 1,075 | DS: ±0,709
  - o Beta hCG libre 1T
  - ? Media Log 10 MoM:0,02 | DS Log 10 MoM: ±0,305
  - ? Media MoM: 1,364 | DS: ±1,186

#### 7. OBSERVACIONES.

Gracias a la implementación del programam Ssd6 hemos podido constatar que el cribado ofrecido en nuestro

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0859

### 1. TÍTULO

#### VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

sector de salud cumple las expectativas y los estándares de calidad requeridos.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/859 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0859

Título  
VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE

Autores:  
BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, GRACIA COLERA DANIEL, FRANCO SERRANO CARLOS, ESTEVE ALCALDE PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
Tras los recientes cambios y mejoras incluidas en el Cribado Combinado del Primer Trimestre ( CCPT) en Aragón, como ha sido el Test Prenatal No Invasivo en riesgos intermedios, el cambio de plataforma informática y el Cuádruple Test, creo de interés poder recoger datos de las gestaciones cribadas y sus resultados posteriores, para poder definir la sensibilidad del cribado en nuestro centro y conocer nuestros puntos fuertes y nuestros puntos críticos.

RESULTADOS ESPERADOS  
Realizar seguimiento de las gestaciones, comenzando en 2019, desde el CCPT hasta la finalización del embarazo, analizando la sensibilidad del cribado, los falsos positivos o negativos presentados, para poder compararnos con los estándares requeridos.  
De forma secundaria y si es posible, descubrir dónde se pueden encontrar las deficiencias del cribado en nuestro centro para subsanarlas.  
La población diana son todas las gestantes controladas en nuestro hospital, y la intervención a realizar el CCPT.

MÉTODO  
El CCPT es universal en Aragón, pero no disponemos de los resultados obtenidos en nuestro hospital.  
El proyecto involucra tanto a Laboratorio como al Servicio de Obstetricia, contando además con la plataforma informática que nos presta servicio ( SSD6). A través de reuniones trimestrales entre los miembros del equipo, se revisarán los cribados realizados y si hay algún dato que se desvíe de forma llamativa de los estándares.  
Tras la obtención de los datos, podremos ofrecer información real de la sensibilidad del cribado en nuestro centro y mejorar la misma, obteniendo así retroalimentación de nuestro trabajo, que tan necesaria es para mejorar.

INDICADORES  
Sensibilidad real del cribado.  
Tasa de falsos positivos y negativos obtenidos. Revisión de los casos.  
Valorar desviación de los estándares del cribado: bioquímica, ecografía.

DURACIÓN  
Comenzar con los cribados realizados en el nuevo programa SSD6 ( mediados de enero 2019)  
Se requerirán al menos 6 meses para comenzar a tener resultados de la evolución de las gestaciones. Habrá reuniones trimestrales/ cuatrimestrales ( aproximadamente Abril, Septiembre, Diciembre) para evaluar los resultados.  
Presentar en diciembre los resultados obtenidos, pudiendo continuar anualmente después y proponiendo mejoras según los hallazgos encontrados.

OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0859**

**1. TÍTULO**

**VALORACION Y RESULTADOS DEL CRIBADO COMBINADO DEL PRIMER TRIMESTRE**

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0871

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACIÓN DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA CAÑIZARES OLIVER  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA SIMON RAQUEL  
GONZALEZ MARQUETA MAXIMO  
GIL LAFUENTE OSCAR  
DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA  
SIMON GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE  
DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un plan estratégico para iniciar la informatización de los informes ecográficos con la colaboración de todo el servicio de obstetricia y servicio de informática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente de resultados puesto que no se han podido elaborar aún informes informatizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente de obtener resultados y, por ende, conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/871 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0871

Título  
INFORMATIZACION DE LOS INFORMES DE ECOGRAFIA OBSTETRICA

Autores:  
CAÑIZARES OLIVER SILVIA, GRACIA SIMON RAQUEL, GONZALEZ MARQUETA MAXIMO, GIL LAFUENTE OSCAR, DEZA IBAÑEZ MARIA ELENA, SIMON GIMENO DE SAN MAURICIO JOSE, DEZA IBAÑEZ ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Actualmente el desarrollo de los medios informáticos y el avance de la historia clínica electrónica es innegable, y la aportación a la misma de los informes de las ecografías obstétricas nos parece un aspecto necesario para complementar un correcto seguimiento del embarazo.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir la informatización de todas las ecografías obstétricas y la consiguiente introducción de la misma en la historia clínica electrónica.

MÉTODO

En la actualidad los informes de las ecografías están disponibles en la historia física, sin poder ser consultados en la historia clínica electrónica.  
La oferta de servicios será la misma, pero la accesibilidad al informe puede ser muy ventajosa, tanto en nuestras consultas como en las derivaciones realizadas a nuestro centro de referencia o en las consultas de gestación realizadas desde atención primaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0871

### 1. TÍTULO

#### INFORMATIZACIÓN DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

##### INDICADORES

Como indicador principal, la tasa de informatización de informes en las ecografías de primer trimestre y la ecografía morfológica.

##### DURACIÓN

El inicio de la informatización comenzaría en abril, tras la aprobación del informe y la disponibilidad del mismo en la historia clínica electrónica.

El equipo se reunirá cuatrimestralmente para expresar dudas, problemas o deficiencias del sistema. A final de año se presentarán los 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 - 2019/0872

### 1. TÍTULO

#### RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL GARCIA SIMON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicio de la base de datos para el registro de las pacientes tratadas con mifepristona

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No analizado todavía

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pendiente

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/872 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0872

Título  
RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCION DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MEDICO DEL ABORTO

Autores:  
GARCIA SIMON RAQUEL, BERNAL ARAHAL MARIA TERESA, GIL LAFUENTE OSCAR, FRANCO SERRANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
El tratamiento médico del aborto es una opción terapéutica segura y eficaz, ofertada desde hace un tiempo a nuestra población. La novedad es la reciente aprobación de la mifepristona en nuestro centro, fármaco que aumenta las tasas de éxito del tratamiento. Creemos interesante conocer los resultados desde la introducción de este fármaco, así como la satisfacción de nuestras pacientes con esta opción

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Como objetivos nos hemos propuesto conocer las tasas de éxito del tratamiento médico del aborto, que según las recomendaciones de diferentes sociedades y organismos es el método de elección, por seguridad y repercusiones posteriores. Creemos también interesante conocer el grado de satisfacción de nuestras pacientes y los motivos por los que no desean el tratamiento médico en caso de elegir el legrado.

**MÉTODO**  
Como ya se ha expuesto, el tratamiento médico ya se oferta en nuestro centro, pero la novedad es la incorporación de la mifepristona al mismo.  
El proyecto consiste en obtener una base de datos con los abortos diferidos diagnosticados en nuestro centro, los tratamientos ofertados ajustados a la situación clínica, el resultado posterior y el grado de satisfacción medido mediante una encuesta básica entregada el día del alta del proceso.  
El equipo se reunirá trimestralmente, para comprobar la correcta recogida de datos y resultados preliminares, y así subsanar posibles errores.  
De esta manera podremos conocer nuestros resultados, las tasas de éxito del tratamiento médico y el grado de



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0872

### 1. TÍTULO

#### RESULTADOS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE LA MIFEPRISTONA EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL ABORTO

satisfacción, y así tener la oportunidad de mejorar en la atención a nuestras pacientes.

#### INDICADORES

Como indicador principal, la tasa de éxito del tratamiento médico del aborto diferido, entendiéndose como fracaso la necesidad de realizar legrado evacuador.

Como indicadores secundarios, se analizarán los casos que han requerido segunda tanda de tratamiento médico, y el grado de satisfacción subjetiva de nuestras pacientes, medidas con una breve encuesta entregada el día del alta

#### DURACIÓN

Comenzar recogiendo los datos y elaborando una base de datos de abortos diferidos desde abril de 2019.

Tras la recogida, realizar reuniones de equipo trimestrales para poner en común los datos y ver los puntos fuertes y débiles del proyecto, para así mejorarlo (aproximadamente junio, septiembre, diciembre).

Presentar en diciembre los resultados obtenidos, pudiendo continuar anualmente después y proponiendo mejoras según los hallazgos encontrados.

#### 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 - 2019/0723

### 1. TÍTULO

#### REVISIÓN DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS CRÓNICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SILVIA DIAZ PEIRO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PEREZ ROCHE TERESA  
MOGOLLON DAZA MELISSA  
LOPEZ VALVERDE GLORIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el 2º y 3º trimestre de 2019 los miembros del proyecto que estábamos en activo llevamos a cabo reuniones en las que pusimos en común el manejo que individualmente realizábamos en algunas circunstancias clínicas crónicas que son objeto de valoración oftalmológica frecuente ( Diabetes Mellitus, defectos refractivos, cirugía de catarata, lesiones retinianas, ambliopía). Se revisó bibliografía con la que actualizar y unificar las actuaciones que hasta el momento se hacían en el servicio, adaptando en algunos casos ese manejo a la población que asistimos en nuestro hospital (a menudo pacientes de edad avanzada, con limitaciones en el transporte desde sus localidades de origen en muchos casos...). El objetivo era intentar evitar revisiones que pudieran etiquetarse de innecesarias, y que además de ser en algunos casos incómodas para los pacientes sobrecargan la actividad en consultas. A medida que se avanzaba se iban implantando en la actividad diaria los cambios realizados, especialmente en el último trimestre del año.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al final del año se compararon las cifras de altas dadas en las consultas de Oftalmología en los últimos 3 meses de los años 2019, 2018 y 2017; los datos se obtuvieron a partir de las estadísticas realizadas con la información que diariamente se recoge al finalizar las consultas, quedando reflejados esos datos en el informe de actividad asistencial. Los resultados evidenciaron una clara tendencia al incremento en el número de altas llevadas a cabo en el último año, que casi dobla a las del año 2017 ( 10.6 % en el último trimestre de 2019, 6.67 % en el mismo periodo de 2017). Indirectamente, hemos observado una disminución en la demora existente en la atención en consultas tanto a nivel de revisiones como de primeras visitas ( si bien en este caso ha influido también la estandarización de la consulta intervirtual con Atención Primaria, que permite en ocasiones evitar citas presenciales). Esperamos en cualquier caso que a lo largo de este año puedan mejorarse aún más los resultados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo realizado ha permitido evidenciar que es importante la unificación de criterios interfacultativos para una mejor asistencia, siempre adaptado a la población que se asiste. En algunos casos se modificó el manejo, en otras situaciones ha permanecido siendo el mismo . El proyecto ha dado pie a que en un futuro llevemos a cabo revisiones de otras situaciones clínicas cuyo manejo podamos optimizar.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/723 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0723

Título  
REVISION DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGIAS OFTALMOLOGICAS CRONICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGIA

Autores:  
DIAZ PEIRO SILVIA, MOGOLLON DAZA MELISSA, PEREZ ROCHE TERESA, LOPEZ VALVERDE GLORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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:  
-----

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0723**

**1. TÍTULO**

**REVISIÓN DEL MANEJO ACTUAL DE ALGUNAS PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICAS CRÓNICAS PARA OPTIMIZAR LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO EN LAS CONSULTAS DE OFTALMOLOGÍA**

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

**PROBLEMA**

Actualmente uno de los aspectos que son susceptibles de mejora en nuestro servicio es la importante demora existente en las citaciones de revisiones programadas, especialmente en las pendientes de revisión de 6 o más meses. Con objeto de disminuir dicha demora, se llevará a cabo la revisión y realización de protocolos para el manejo de algunas circunstancias clínicas con el objeto de unificar criterios y en lo posible aumentar el número de altas entre nuestros pacientes, priorizando en las revisiones programadas aquellas patologías donde una demora significativa podría conllevar un empeoramiento franco en la situación del paciente.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Revisar y elaborar nuevos protocolos para disminuir la variabilidad en el manejo de algunas patologías oftalmológicas, para poder aumentar el número de altas en algunas circunstancias crónicas y estables, de manera que de forma indirecta disminuya la presión y demora en el día a día de las consultas.

**MÉTODO**

Se analizará la situación actual de la demora media de las revisiones en consultas, a partir de los datos aportados por el servicio de citaciones. Se identificarán las patologías crónicas y situaciones clínicas en las que, tras su manejo inicial por el servicio de Oftalmología, pueda llevarse a cabo un seguimiento posterior a nivel de atención primaria. A través de sesiones entre los facultativos del servicio, se revisarán y actualizarán los protocolos de actuación y seguimiento de dichas patologías, unificando criterios entre los distintos miembros del servicio.

**INDICADORES**

Comparación de los porcentajes de altas en los meses previos a la aplicación de los protocolos revisados y los obtenidos posteriormente.

**DURACIÓN**

Desde enero a diciembre de 2019. Enero a abril: identificación de la situación de partida y elaboración de protocolos actualizados para las circunstancias y patologías previamente definidas. Aplicación del proyecto a medida que se van elaborando los protocolos, y evaluación e diciembre. Todos los miembros del equipo.

**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 - 2018/1166

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE ALPACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BERTA JIMENEZ RUBIANO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BLANCAS COSTEA ANA MARIA  
SERRANO GARCIA CRISTINA  
MOLINA MORENO JOSEFA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde la puesta en marcha del programa de asistencia telefónica, se han recibido un total de 42 llamadas únicamente, distribuidas entre los 2 primeros meses desde el inicio del proyecto y posteriormente tras realizar mayor difusión del procedimiento, los 3 meses posteriores al mismo. Realizamos encuesta de satisfacción a todos los usuarios que identificamos y que acudieron en el 100% de los casos a los Servicios de Urgencias, clasificamos dichas consultas en las tres categorías referidas en el proyecto inicial (mal control de síntomas, toxicidad a los tratamientos o claudicación del paciente y/o familiares) y las correlacionamos con el porcentaje de pacientes que finalmente ingresaron por presentar criterios de gravedad. Finalmente, proponemos diferentes estrategias de mejora en la calidad asistencial del paciente onco-hematológico.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la puesta en marcha del proyecto, realizamos difusión del mismo mediante dípticos informativos y a través de la Radio (SER Calatayud) para que todos los pacientes que reciben tratamiento o son seguidos en nuestro Centro conociesen la disponibilidad de esta herramienta de soporte. En el caso de los dípticos, fueron entregados a todos los pacientes durante su primera visita en el Servicio de Oncología Médica o a aquellos que recibían tratamiento activo antineoplásico o Cuidados Paliativos. Como hemos comentado en el apartado anterior, se han realizado aproximadamente 42 llamadas, concentradas fundamentalmente en los meses de Julio y Agosto, y posteriormente en el último trimestre del año. Posteriormente, el número de llamadas recibidas ha ido decreciendo (2 en el mes de Diciembre de 2018 y último trimestre de 2019), no habiéndose registrado ninguna desde el mes de Noviembre de 2019. En el 97% de los casos, los pacientes fueron remitidos al Servicio de Urgencias de nuestro Centro. No recibimos ningún correo desde el equipo de soporte de Oncocare para evaluación preferente de los pacientes. El 95% de los pacientes realizaron la encuesta de satisfacción, puntuando la asistencia recibida. El grado de satisfacción es muy bajo hasta el momento actual (65% del total de los pacientes puntuaron el Servicio con un 2 o poco satisfecho, 15% nada satisfechos y el 20% restante lo calificó como aceptable o indiferente, siendo la puntuación de 3).. Hemos distribuido los principales motivos de consulta en los 3 apartados descritos con anterioridad: 65% por mal control de síntomas, principalmente dolor y disnea, y el 35% restante por toxicidad a los tratamientos recibidos. A pesar de que el programa de asistencia telefónica Oncocare ha sido implantado con éxito en 15 Centros sanitarios de todo el país y su puntuación global, valorada por los pacientes es de 8,9, en nuestro caso, podemos concluir hasta el momento actual (aún no ha finalizado el periodo previsto de análisis) que no ha modificado ni impactado de forma significativa en la calidad de vida de nuestros pacientes. Ningún caso se resolvió telefónicamente y todos los pacientes salvo 1, acudieron finalmente al Servicio de Urgencias.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la complejidad creciente del manejo del paciente oncológico con la introducción de la inmunoterapia y terapias dirigidas deducimos, en base a la escasa adherencia a dicho Servicio de asistencia telefónica, que los pacientes prefieren la asistencia física y preferiblemente por un oncólogo médico. Los facultativos que pertenecen a dicho sistema de apoyo telefónico no son especialistas en Oncología Médica, y este puede ser un punto importante de mejora, ya que los facultativos adscritos al programa son F.E.As de Atención Primaria y Comunitaria. Desconocemos si el tratarse de un área de asistencia fundamentalmente rural con importante dispersión geográfica ha sido un factor determinante en la no adherencia al servicio de asistencia. En base a estos resultados y la ausencia de impacto en la calidad de vida de los pacientes, proponemos la existencia de dicho Servicio pero al frente de especialistas de Oncología Médica (guardias no presenciales...) y la puesta en marcha de una Consulta de Enfermería Oncológica que filtre y estandarice las necesidades y cuidados de los pacientes.

#### 7. OBSERVACIONES.

La consulta de Enfermería oncológica se pone en marcha el próximo mes, con el objetivo de disminuir las visitas no necesarias al Servicio de Urgencias y por ende, impactar de manera positiva en nuestros pacientes.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1166 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

Nº de registro: 1166

Título  
IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIA SANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE AL PACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

Autores:  
JIMENEZ RUBIANO BERTA MARIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, SERRANO GARCIA CRISTINA, MOLINA MORENO JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**  
El manejo del paciente onco/hematológico resulta cada vez más complejo, debiéndose este hecho a múltiples causas como por ejemplo el empleo de nuevos fármacos (inmunoterapia o nuevas terapias dirigidas), el estrés emocional que genera el diagnóstico, la presencia de múltiples síntomas fundamentalmente en las fases más avanzadas de la enfermedad y la toxicidad secundaria a los tratamientos empleados.  
Para el correcto manejo de estos pacientes, es fundamental la colaboración entre los especialistas implicados en los diferentes niveles asistenciales (oncólogos, personal de enfermería y auxiliares, facultativos del Servicio de Urgencias o del equipo de Atención P<sup>3</sup>, etc). A pesar de lo anterior y del rápido acceso o disponibilidad de los recursos sanitarios en nuestro medio, tanto el paciente como sus familiares se enfrentan diariamente a situaciones en gran medida desconocidas y complejas para ellos que generan importantes dudas y disconfort. La ausencia de información, la dispersión geográfica que caracteriza a nuestro Sector Sanitario, las dificultades sociales o la falta de soporte familiar, pueden provocar situaciones en la que el paciente y/o sus familiares no identifiquen una situación que constituya una urgencia oncológica aunque presenten dudas al respecto, o por el contrario, acudir innecesariamente a los Servicios de Urgencias por motivos que podrían solventarse fácilmente mediante una consulta al Médico de Atención Primaria o con una sencilla modificación del tratamiento de soporte.  
Por todo ello y como una herramienta más de soporte al paciente onco/hematológico, surge la iniciativa ONCOCARE o teléfono de 24 horas de atención al paciente oncológico. De esta forma, a través de este sistema se tiene acceso durante los 365 días del año a profesionales sanitarios con formación específica en atención continuada de pacientes con cáncer. De este modo, los usuarios pueden resolver sus dudas sobre ciertos aspectos de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento, cuestiones sobre nutrición o para recibir ayuda emocional. Ante cualquier duda relativa al diagnóstico o tratamiento directo de la enfermedad (quimioterapia, radioterapia, cirugía, pruebas diagnósticas) o ante cualquier sintomatología grave, el equipo médico de Oncocare derivará al paciente de forma directa al servicio de Oncología del propio hospital o, en caso de riesgo vital, al servicio de Urgencias.  
Este programa ya ha sido implantado en 15 centros sanitarios de todo el país, con un registro total de 5.430 llamadas recibidas. El 64% de las consultas se resuelve en la propia llamada y los usuarios le otorgan una puntuación del 8,9. El Hospital de Calatayud es el primero en Aragón en incorporar este servicio.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
-Determinar el impacto del programa de asistencia telefónica 24 horas ONCOCARE en la calidad de vida de los pacientes onco/hematológicos.  
-Determinar el porcentaje de pacientes remitidos al Servicio de Urgencias o a la Unidad de de Oncología Médica de forma preferente (casos graves o que requieren una actuación preferente por parte del oncólogo).  
-Identificar y clasificar los motivos más frecuentes de consulta por parte del paciente y/o familiares, y en base a dichos resultados, establecer posibles objetivos o puntos de mejora.

**MÉTODO**  
-Realización de una encuesta de satisfacción a todos los usuarios que hayan empleado el servicio de asistencia sanitaria continuada. Dicha encuesta es libre y voluntaria. Los pacientes han de cuantificar el grado de satisfacción con el sistema de asistencia telefónica ONCOCARE, asignando una puntuación cuyos valores que se encuentran entre el 1 (nada satisfecho) y el 5 (absolutamente satisfecho).  
-Clasificación de las llamadas recibidas en tres categorías de aplicación práctica: toxicidad a los tratamientos, mal control de síntomas (dolor, disnea, etc.) y claudicación o estrés emocional.  
-Correlación de dichos resultados con la práctica clínica habitual, estableciendo el porcentaje de urgencias

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1166

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ONCOCARE DE ASISTENCIASANITARIA TELEFONICA DURANTE 24 HORAS COMO SOPORTE ALPACIENTE ONCOLOGICO Y A SUS FAMILIARES: IMPACTO EN LA CALIDADDE VIDA DE LOS PACIENTES

reales o casos preferentes identificados mediante el sistema de asistencia telefónica.

-En función de la prevalencia de los diferentes motivos de consulta, podemos plantear estrategias de mejora, como por ejemplo información escrita y detallada sobre los diferentes fármacos empleados si el mayor porcentaje de consultas recayese o lo constituyesen las dudas sobre las toxicidades al tratamiento y su manejo.

#### INDICADORES

Realización de la encuesta al 100% de los usuarios que hacen uso del sistema

-Número de pacientes cuyo grado de satisfacción es igual o superior a 4 dividido entre el total de pacientes a los que se les ha realizado la encuesta x 100. Favorable si = 75%

-Porcentaje de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias o son remitidos a Oncología Médica con carácter preferente tras realizar la consulta telefónica. Se expresará el porcentaje con respecto al 100% de los pacientes que hacen uso del sistema.

#### DURACIÓN

Es un proyecto anual que entrará en vigor en Junio de 2018 hasta Junio de 2019. Exposición de los resultados en Julio 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 - 2019/0805

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ..... ANA MARIA BLANCAS COSTEA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VALERO SANCHEZ SONIA  
URIARTE PINTO MOISES  
JIMENEZ ALHAMBRA MANUELA  
MOLIAS QUILEZ LAURA  
RODRIGUEZ CASTILLEJO RAFAEL  
SERRANO GARCIA CRISTINA  
REMACHA CABEZA MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Realización del procedimiento ante derrames y exposición accidental de agentes citostáticos  
- Realización del algoritmo de actuación  
- Preparación del kit de derrames en cada unidad (farmacia y hospital de día-oncología)  
- Puesta en marcha y difusión a los profesionales de dicho procedimiento en ambos servicios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
- Registro de derrames: no ha habido ningún caso durante el año.  
- Seguimiento del procedimiento y evaluación del mismo: no se aplica al no haber ningún caso de derrames.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La elaboración del procedimiento ante derrames y exposición accidental de agentes citostáticos ha sido un beneficio para nuestros servicios, dado que somos los profesionales que manipulamos y estamos en contacto con agentes citostáticos y veíamos necesario actualizar y disponer de un algoritmo y de un procedimiento para seguir todos la misma línea; incluyendo también al personal de transporte y de tratamiento de residuos.  
Por ahora, no ha sido necesario utilizarlo pero estamos más seguros disponiendo de este procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/805 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0805

Título  
PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

Autores:  
BLANCAS COSTEA ANA MARIA, VALERO SANCHEZ SONIA, URIARTE PINTO MOISES, JIMENEZ ALHAMBRA MANUELA, MOLIAS QUILEZ LAURA, RODRIGUEZ CASTILLEJO RAFAEL, SERRANO GARCIA CRISTINA, REMACHA CABEZA MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PROYECTO DIGIDO A LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL SANITARIO  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA  
En la actualidad, en nuestros servicios se manipulan gran cantidad de sustancias, tanto antineoplásicos, como de tipo hormonal o biológico. Destacar que los avances científicos, traen consigo el surgimiento de nuevos productos y de nuevas aplicaciones de los existentes; así como la administración de los mismos en nuevos escenarios (ej. Domicilio).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0805

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO ANTE DERRAMES Y EXPOSICION ACCIDENTAL DE AGENTES CITOSTATICOS EN HOSPITAL DE DIA ONCOLOGICO Y SERVICIO DE FARMACIA

La exposición a citostáticos en el ámbito sanitario no implica exclusivamente al personal sanitario (áreas de preparación de citostáticos -farmacia- y de administración -enfermería) sino que también puede afectar al personal de transporte y tratamiento de residuos, así como personal auxiliar y de la limpieza, por contacto con excretas de pacientes sometidos a quimioterapia o en caso de accidentes (vertidos, salpicaduras o punciones).

Estos hechos justifican la elaboración de un procedimiento actualizado de actuación ante derrames y exposición accidental a agentes citostáticos para el Hospital de Día Oncológico y el Servicio de Farmacia del Hospital de Calatayud; por ser los servicios cuyos profesionales están en contacto con agentes citostáticos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un procedimiento de actuación ante derrames y exposición accidental a sustancias citostáticas en nuestro Hospital.
- Preparación de un kit de derrames, que se ubicara tanto en el Servicio de Farmacia como en el Hospital de Día Oncológico de nuestro Hospital.
- Difusión del procedimiento a personal, tanto sanitario como no sanitario, de ambos servicios.

#### MÉTODO

- Revisión de bibliografía en referencia al procedimiento a realizar.
- Elaboración del procedimiento de actuación ante derrames y exposición accidental a sustancias citostáticas.
- Elaboración del algoritmo de actuación.
- Preparación del kit de derrames.
- Difusión del procedimiento a los trabajadores de ambos servicios (farmacia y hospital de día-oncología)

#### INDICADORES

Los indicadores que se usaran en la evaluación son los siguientes:

- Registro derrames: nº derrames registrados/ nº derrames totales X 100
- Seguimiento protocolo, en caso de derrame; y evaluación, en caso de haberlo utilizado: nº derrames con seguimiento correcto protocolo / nº derrames totales X 100

#### DURACIÓN

El proyecto se llevará a cabo en el año 2019:

- Abril: Revisión de literatura.
- Mayo - Agosto: Síntesis de información recogida, y elaboración del procedimiento; y en base a esto se preparará el kit de derrames.
- Septiembre: Difusión y puesta en marcha.
- Diciembre: Evaluación de los indicadores 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 - 2019/1170

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ..... SONIA VALERO SANCHEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BLANCAS COSTEA ANA MARIA  
MOLIAS QUILEZ LAURA  
SERRANO GARCIA CRISTINA  
JIMENEZ RUBIANO MARIA BERTA  
PAJARES BERNAD ISABEL  
ZAPATA LOPEZ ANA BELEN  
GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Implantación de la consulta de Enfermería Oncológica  
- Adecuación del espacio físico y de toda infraestructura necesaria para la ubicación de la consulta e inicio de su actividad.  
- Elaboración de la guía de acogida, recomendaciones de enfermería para pacientes y familiares, instrucciones de actuación ante determinados síntomas producidos por los tratamientos citostáticos, ....  
- Definición del sistema informático a utilizar y la documentación necesaria de enfermería para el desarrollo correcto de la consulta de acogida y sucesivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
- Ubicación adecuada de la consulta de Enfermería.  
- Desarrollo del organigrama del funcionamiento de la unidad de Oncología.  
- La evaluación de los indicadores la realizaremos al finalizar este año 2020 tras la recogida de datos durante este mismo año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Dado que es una memoria de seguimiento, no hemos podido realizar conclusiones del proyecto. Durante este año 2020 se realizarán.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1170 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1170

Título  
IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

Autores:  
VALERO SANCHEZ SONIA, BLANCAS COSTEA ANA MARIA, MOLIAS QUILEZ LAURA, SERRANO GARCIA CRISTINA, JIMENEZ RUBIANO MARIA BERTA, PAJARES BERNAD ISABEL, ZAPATA LOPEZ ANA BELEN, GARCIA AGUIRRE MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

PROBLEMA  
El cáncer es un problema de salud cada día más frecuente por lo que requiere un abordaje multidisciplinar, tanto en diagnóstico como en tratamiento.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1170

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE CONSULTA DE ENFERMERIA: UNA HERRAMIENTA NECESARIA EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH

El cáncer, por sus características y la complejidad del tratamiento, hace que el paciente y familia requieran gran cantidad de recursos y asistencia sanitaria recurrente. Como consecuencia del aumento del número de pacientes atendidos en Hospital de Día Oncológico y del incremento de las necesidades de apoyo e información por parte de los mismos y la familia, se plantea crear un espacio donde dar respuesta a dichas necesidades. Este espacio será la Consulta de Enfermería Oncológica; que supone un nuevo reto para el profesional de enfermería del Hospital de Día de Oncología. El propósito será el abordaje integral del enfermo, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta que se termine su proceso con el alta del servicio; incidiendo en dos pilares fundamentales, que son la personalización de la asistencia y la continuidad de los cuidados.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar una atención integral e individualizada del paciente oncológico y su familia.
- Fomentar la implicación en el autocuidado por parte del paciente, familia y/o cuidadores.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con un modelo de actuación enfermera común.
- Garantizar la continuidad de cuidados.
- Favorecer la comunicación interprofesional en el Hospital de Día de Oncología.

#### MÉTODO

- 1- Implantación de la Consulta de Enfermería Oncológica que llevara a cabo las siguientes actividades:
  - Primer contacto con el paciente (CONSULTA DE ACOGIDA): Se realizará tras la primera visita a la Consulta Médica de Oncología.
  - Consulta sucesiva: Se llevará a cabo un seguimiento según las indicaciones de enfermería, y también podrá ser demandada por el paciente o su familia.
- 2- Elección de espacio físico y e infraestructura (mobiliario, red informática, teléfono, camilla...) para el desarrollo de la consulta enfermera.
- 3- Elaboración de guías de acogida, recomendaciones para paciente y familiares, instrucciones de actuación ante determinados síntomas, manuales informativos...etc
- 4- Definir sistema de registro y documentación de enfermería necesaria para desarrollar la consulta de acogida y sucesiva.

#### INDICADORES

##### -INDICADOR 1.

% De pacientes atendidos en la consulta de enfermería de acogida.

Fórmula:

Numerador: N° de pacientes atendidos en la consulta de acogida de enfermería (primer día)

Denominador: N° total de pacientes atendidos en la consulta de oncología médica

Fuente: Registro de pacientes nuevos de enfermería y HPHISS

Frecuencia de medición: anual

Muestreo y tamaño de la muestra: población total

Estandar: > 80%

##### - INDICADOR 2.

N° de intervenciones en consulta de enfermería por mes.

#### DURACIÓN

- El proyecto se llevará a cabo en el año 2019:
- Enero: Revisión de literatura
- Febrero-Marzo: Elaboración de documentación de acogida de paciente oncológico.
- Abril-Mayo: Difusión y puesta en marcha de la Consulta de Enfermería Oncológica.
- Diciembre: Evaluación de los indicadores 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 - 2019/0019

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 07/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1:

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

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

Indicador 2:

% Carros de PCR correctamente revisados según procedimiento

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0019

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS

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

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

### 1. TÍTULO

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

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

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

#### PROBLEMA

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

#### RESULTADOS ESPERADOS

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

#### MÉTODO

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

#### INDICADORES

##### FICHA INDICADOR 1

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

##### FICHA INDICADOR 2

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

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

### 1. TÍTULO

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

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

##### FICHA INDICADOR 3

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

##### DURACIÓN

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

##### OBSERVACIONES

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

##### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)  
· Sector ..... CALATAYUD

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

SAEZ AGUDO FELICIDAD  
MARTINEZ ARNEADO CRISTINA  
ROMERO VISIEDO JOSE  
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA  
TORRALBA TEJERO ELENA  
CUBILLO MIGUEL NATALIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas:

Revisión de las fichas técnicas elaboradas de cada fármaco y corrección por parte del Farmacéutico del hospital.  
- Elaboración de un índice por nombre genérico y comercial.  
- Elaboración de una guía/tabla de bolsillo para cada enfermero/a de la unidad como consulta rápida en los momentos de emergencia.

Reuniones para puesta en común y revisión de las últimas actividades realizadas, consensuando:

- La elaboración del Índice de la guía por nombre genérico y comercial.  
- Se elabora y da formato a un manual de bolsillo, para que cada enfermero/a de la unidad disponga de una como consulta rápida en los momentos de urgencia vital.  
- Vista previa del borrador de la guía definitiva e impresión de la misma.

Calendario marcado:

Debido a la complejidad del proyecto en cuanto a revisión de las fichas técnicas de cada fármaco y elaboración de los distintos documentos el calendario de implantación ha sido más largo de lo previsto. Terminando en el último trimestre de 2019.

Como resultado, se ha elaborado con los medios informáticos y de papelería del centro:

- un Manual de Dosificación y diluciones utilizadas en Unidad de Cuidados Espaciales (UCE) para consulta por el personal de enfermería de la Unidad, disponible en el control de enfermería.  
- Una versión de bolsillo plastificada para consulta rápida para que cada enfermera/o lo tenga disponible inmediatamente ante una urgencia vital mientras estamos en los boxes de los pacientes.  
- Un Póster plastificado tipo tabla con las diluciones para bomba de perfusión más utilizadas colocado en la encimera donde se carga la medicación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Durante la realización del proyecto hemos conseguido disponer de equipos opacos para la administración en BPC de los fármacos que lo precisan así como bolsas opacas para fotoprotección de las diluciones de perfusión continua de fármacos fotosensibles.  
- Presentación de todos los formatos y distribución, en sesión para el personal de la unidad.  
- Disponer del Manual ha supuesto una mejora en nuestro trabajo, ya que aporta seguridad en el manejo de los fármacos especialmente fármacos en momentos de urgencia vital.

Indicadores de impacto o de grado de extensión:

1- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest LLuch.  
Grado de cumplimiento 100%  
2- Realización de sesiones informativas para la difusión y presentación del Manual terminado, el póster y las manuales de bolsillo entre el personal de enfermería en plantilla del servicio en último trimestre de 2019.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Durante la recopilación de información, elaboración de fichas y corrección de las mismas nos ha permitido realizar nuestro trabajo con mayor seguridad al preparar las diluciones para Bombas de perfusión (BPC) de forma correcta para mantener su efectividad.  
- Ha quedado patente la importancia de seguir la información proporcionada por la ficha técnica de cada fármaco para su administración correcta sobre compatibilidad, estabilidad, fotosensibilidad, conservación.  
- Conseguir mejoras como material para la administración correcta de fármacos fotosensibles.  
- La valoración del equipo de enfermería ha sido muy positiva, añadir el póster en la zona de trabajo donde preparamos las bombas de perfusión y el manual de bolsillo de consulta rápida ha implicado darle mayor agilidad al uso de la información cuando estamos atendiendo a un paciente y surge una urgencia vital.

Sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

- Revisión de las fichas de los fármacos con actualización según se amplíen/varíen las terapias farmacológicas prescritas en nuestra unidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/302 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0302

Título  
ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Autores:  
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, DEL VILLAR CRUZ TERESA, RROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, MARTINEZ ITURRIAGA SHEILA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: son paciente de medicina interna pero también pacientes de trauma, cirugía, urología, gine que se complican a nivel multiorgánico  
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

Dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE- del Hospital Ernest Lluch de Calatayud.  
En la actualidad no disponemos de una guía /manual sobre cómo preparar y administrar fármacos que se pautan en situación de riesgo vital como parte del soporte vital avanzado que se realiza en los pacientes semicríticos que atendemos como pueden ser fármacos vasopresores-cardiovascular: drogas vasoactivas (Dopamina, Dobutamina, Noradrenalina, Epinifrina, Fenilepinefrina, Aleudrina), anti arrítmicos (Amiodarona, Brevibloc, Verapamilo, Manidón), fármacos hipnóticos-sedantes (Etomidato, Propofol), relajantes musculares (Rocuronio, Anectine, Cisatracurio) entre otros fármacos.  
Dichos tratamientos a menudo se deben instaurar de forma precoz para procurar mayor beneficio al paciente, momento en que se necesita un mayor esfuerzo terapéutico y un seguimiento más estrecho.  
Por todo ello creemos necesario disponer de este Manual para agilizar y resolver de forma práctica posibles dudas sobre su preparación y administración.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Un Manual que incluya los fármacos de administración parenteral que se emplean en situaciones de Soporte Vital Avanzado en la atención a pacientes semicríticos que sirva de ayuda a los profesionales de enfermería que trabajen en la Unidad de Cuidados Especiales -UCE- respecto a: la preparación de las perfusiones, compatibilidad, estabilidad una vez reconstituido y diluido, y precauciones a tomar, de forma que ésta sea rápida y segura.  
- Proporcionar un elemento más en la mejora de la atención a nuestros pacientes.  
- Mejora el rendimiento individual de cada profesional.

#### MÉTODO

Recopilar las fichas técnicas de cada fármaco en el CIMA: Centro de Información online de Medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios -AEMPS.  
- Con la colaboración de la Farmacéutica del Hospital Ernest Lluch solventar dudas respecto a cómo proceder en caso de fármacos fotosensibles en bomba de perfusión continua, equipos de perfusión a emplear, tiempos de estabilidad.  
- Elaborar un Manual de Dosificación y Diluciones utilizadas en UCE en el que participe el personal de enfermería de la unidad.  
- Sesión presentación del mismo.

#### INDICADORES

- Existe una guía o manual de diluciones en la Unidad de Cuidados Especiales del hospital Ernest Lluch.  
- Realización de un taller para su difusión en segundo semestre 2017

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0302

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION DE UN MANUAL DE DOSIFICACION Y DILUCIONES UTILIZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

##### DURACIÓN

- Recopilación de fichas descriptivas de fármacos: Noviembre - Diciembre 2016
- Revisión de dudas y elaboración de primer borrador: Enero- Marzo 2017
- Elaboración y maquetación documento definitivo: Abril - Junio 2017
- Difusión de la guía realizando un taller: Octubre- Noviembre 2017

##### OBSERVACIONES

##### Valoración de otros apartados

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA GUTIERREZ CATALAN  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)  
· Sector ..... CALATAYUD

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

SAEZ AGUDO FELICIDAD  
ROMERO VISIEDO JOSE  
IÑIGUEZ PASTOR SUSANA  
TORRALBA TEJERO ELENA  
CUBILLO MIGUEL NATALIA  
SANCHEZ MUÑOZ INES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

\*Actividades realizadas y material para desarrollar el proyecto:

- . Se acordó mediante reunión con carpintero las características de las nuevas superficies de trabajo.
- . Instalación en el interior del box de aislamiento, de dichas superficies de trabajo una vez realizadas, que incluyen:
  - Mesa abatible que amplía la superficie de trabajo para facilitar la labor asistencial durante la realización de procedimientos tales como curas, canalización de accesos venosos periféricos y/o centrales, aseo del paciente sin restar espacio en el interior del box, al ser plegable.
  - Superficie de ordenación tipo baldas para tener disponible en todo momento en el interior del box el material de higiene y fungible sanitario.
  - Elaboración de un documento que incluye listado de preparación del box de aislamiento en cuanto a material mínimo y máximo a introducir en el box ante el ingreso de un paciente en aislamiento, en cuanto a:
    - . Fungible de higiene personal y cuidadas.
    - . Fungible básico para asistencia sanitaria.
    - . Fungible para canalizar vías venosas y extracción sanguínea. Plastificado y accesible en todo momento para consulta del personal de la unidad a la entrada del box.
- Reuniones del equipo de mejora para consensuar las características de las superficies de trabajo así como para elaborar la documentación y dar a conocer el resultado final.

\*Recursos Empleados:

- Material de carpintería.
- Material de papelería.

\*Calendario Marcado:

Fase de construcción de nuevas superficies por parte de carpintero e incorporación al box: Enero- Marzo 2019.  
Fase de finalización del documento: Mayo- Junio 2019  
Fase de presentación en la Unidad: Noviembre 2019

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

\*Resultados alcanzados:

- Eliminar situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...facilitando la limpieza y el orden en el propio box.
- Se ha ampliado las superficies de trabajo y de organización del material dentro del box, instalando una mesa abatible y una estantería de baldas, lo que facilita realizar nuestra labor asistencial al tener disponible el material en el interior del bx y más espacio donde colocar el material, minimizando las entradas y salidas del box a fin de prevenir la diseminación de microorganismos.
- Hemos llegado a un acuerdo acerca del material mínimo disponible en el interior del box, optimizando los recursos empleados, racionalizando la cantidad de material a utilizar.
- Cantidades mínimas necesarias de material de higiene y fungible sanitario para que no obstaculice la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material al alta del paciente
- Solventar aspectos organizativos que hacen más fácil nuestra labor asistencial con un paciente en aislamiento.

\* Impacto del proyecto:

Este proyecto ha supuesto facilitar nuestra labor tanto, en la práctica asistencial gracias a las superficies de trabajo, como unificando criterios y evitar aglomeraciones de material dentro del box donde debido a la asistencia a pacientes infectados/colonizados por germen multirresistentes si no se usa se acaba desechando el material sobrante, optimizando la asistencia ya que actualmente como lo veníamos desarrollando no era coste-efectivo.

\*Indicadores de alcance o de grado de extensión del proyecto:

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento: Grado de cumplimiento 100%
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE: Grado de cumplimiento 100%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos:  
. La valoración ha sido positiva, era una necesidad patente que necesitábamos estas medidas en la estructura física del box, en el día a día, para facilitar nuestra labor asistencial en la realización de cuidados desde el momento del ingreso hasta el alta.  
. Todo el equipo de mejora destaca la importancia de disponer y tener accesible en todo momento, un documento que recoja un listado, que describa que material y en qué cantidad se ha de introducir en el box de forma unificada, evitando almacenar material excedente n el interior y que al alta habría que desechar.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/100 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0100

Título  
IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE). CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

Autores:  
GUTIERREZ CATALAN MARIA ELENA, SAEZ AGUDO FELICIDAD, ROMERO VISIEDO JOSE, IÑIGUEZ PASTOR SUSANA, TORRALBA TEJERO ELENA, CUBILLO MIGUEL NATALIA, SANCHEZ MUÑOZ INES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Enfermedades que precisan aislamiento en paciente crítico  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

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

#### PROBLEMA

El Box de aislamiento de nuestra unidad - UCE- se prepara cada vez que recibe un paciente dado que son pacientes adultos semicriticos y precisan durante su atención una serie de procedimientos específicos.  
Buscamos resolver situaciones de aglomeración de material destinados al aseo personal y cambios posturales del paciente, canalización de vías venosas periféricas y/o centrales, analíticas seriadas, sondajes, curas...  
Se han detectado también áreas de mejora en el interior del box como:  
- Aumentar las superficies de trabajo y organización/ordenación que favorezcan o faciliten la atención a estos pacientes.  
- Ampliar puerta de acceso al box (medidas no adecuadas con las dimensiones de las nuevas camas). En una situación de urgencia hay que maniobrar repetidamente para poder entrar al box con la cama.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Población Diana: pacientes adultos semicriticos que ingresen en la Unidad de Cuidados Especiales - UCE - y precisen aislamiento de contacto, gotas, o transmisión aérea.  
- Llevar a cabo medidas correctoras en relación con:  
- Estructura física del box dedicado para aislamiento.  
- Material disponible en el interior del box.  
- Aspectos organizativos.  
- Optimizar la asistencia a estos pacientes bajo las precauciones de aislamiento para pacientes infectados/colonizados por gérmenes multirresistentes, haciéndolas más eficientes.  
- Elaboración de un documento (procedimiento) de preparación de box de aislamiento en UCE.

#### MÉTODO

Valoración de la situación actual:  
1ª Fase:  
Áreas de mejora detectadas:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0100

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE MEJORAS DEL BOX DE AISLAMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES. UCE. CREACION DE UN PROCEDIMIENTO DE PREPARACION DEL BOX DE AISLAMIENTO

- La puerta de entrada al box: adaptación a las medidas de las nuevas camas hospitalarias.
  - Ausencia de una superficie de trabajo plegable que permita preparar el material para realizar los distintos procedimientos.
  - Ausencia de una superficie para colocación/ordenación del material de higiene, fungible sanitario en el interior del box.
  - Ausencia de un documento específico de UCE del box de aislamiento.
- 2ª Fase:
- Reunión para consensuar las superficies necesarias, cantidad, tipo y dimensiones, a realizar en un material adecuado para su limpieza y desinfección según normativa con la dirección del hospital.
  - Valoración por parte del Servicio de Mantenimiento General: carpintero.
  - Elaboración de un listado con el material máximo a introducir en el box siendo el mínimo necesario para facilitar la limpieza de superficies de la habitación y evitar tener que desechar gran cantidad de material.
  - Elaboración y Presentación del procedimiento al personal de la Unidad.

#### INDICADORES

1. Existe un procedimiento de aislamiento de preparación del box de aislamiento
2. Se han realizado las adaptaciones estructurales necesarias en el box de aislamiento de la UCE.

#### DURACIÓN

Fecha prevista de inicio:  
1ª Fase: Marzo- Abril 2018.  
Fecha prevista de finalización:  
2ª Fase: Mayo- Septiembre 2018.

Participan el equipo de Enfermería de la Unidad, servicio de mantenimiento general: Carpintero, Supervisora de Calidad.  
Celebrar una sesión en la Unidad para presentar el Procedimiento en Octubre 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

REALIZACION DE PARACENTESIS ECODIRIGIDA EN PACIENTES SUSCEPTIBLES: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

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

ESTAMOS PLANTEANDONOS OTROS PROYECTOS DE APLICACIÓN DE LA TECNICA

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0672

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

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

**RESULTADOS ESPERADOS**

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

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

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

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

### 1. TÍTULO

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

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

#### INDICADORES

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

#### DURACIÓN

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

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0053

### 1. TÍTULO

#### MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

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

GONZALEZ ARIZA BENJAMIN  
MUÑOZ JACOBO SERGIO  
BANDRES ABIAN ELENA  
GONZALEZ CUADRADO AINOA  
NUÑO GIL ANA ISABEL  
MADORRAN GARCIA JOSE MANUEL  
DORADO ALVARADO PURIFICACION

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- SE CONSTITUYE UN GRUPO MULTIDISCIPLINAR QUE INCLUYE MEDICOS, ENFERMERAS, TCAES, CELADORES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO, LA DIRECCION DE HOSPITAL, LA DE ENFERMERIA, LA COORDINADORA DE CALIDAD., LA JEFE DE UNIDAD Y EL SUPERVISOR DE URGENCIAS  
- SE REVISLA LA BIBLIOGRAFIA Y SE CONVOCA UNA REUNIÓN DEL GRUPO DONDE EL DIRECTOR DEL HOSPITAL EXPONE EL PROYECTO Y LOS CONCEPTOS BÁSICOS DEL LEAN EALTHCARE.  
- A TRAVES DE LA RED CONSEGUIMOS UNA PRESENTACION DE COMO SE IMPLANTÓ EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y SE LE FACILITA A TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.  
- CONTACTAMOS CON LA AEC QUE NOS OFERTA UN CURSO DE FORMACION IMPARTIDO POR EXPERTOS QUE SE DESPLAZARÍA A NUESTRO CENTRO PARA FORMAR A TODO EL EQUIPO Y REALIZAR UNA PRACTICA EN NUESTRO PROPIO MEDIO POR UN IMPORTE DE 1800 EUROS PARA 25 PERSONAS LO QUE FACILITABA LA FORMACION DE MAS PROFESIONALES QUE LOS COMPONENTES DEL GRUPO. DESDE LA DIRECCIÓN SE REMITE A LA GERENCIA DEL SECTOR, NO OBTENIENDO AUTORIZACIÓN AL CIERRE DEL EJERCICIO.  
- A TRAVES DE LA COMISION DE FORMACIÓN NOS ENTERAMOS DE LA OFERTA DE UN CURSO DE METODOLOGIA LEAN EN SANIDAD DESDE MTT. SOLICITAMOS LA INCLUSION EN EL PROGRAMA FORMATIVO DEL SECTOR PERO SE DESCARTA DESDE SERVICIOS CENTRALES  
- ACTUALMENTE ESTAMOS EN FASE DE ESTUDIO DE UN MANUAL, LIBRE EN LA RED ESCRITO POR CRISTINA FONTCUBERTA, CONSULTORA DE LA EMPRESA COMTEC QUALITY S.A.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

NO HA PODIDO INICIARSE EL PROYECTO YA QUE NO HEMOS DISPUESTO DE LA FORMACIÓN UNIFORME Y REALIZADA POR EXPERTOS PARA EL GRUPO. ESTAMOS PENDIENTES DE LA AUTORIZACIÓN DEL PRESUPUESTO PARA REALIZAR EL CURSO

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DESTACAR EL INTERES EN INTENTAR LA AUTOFORMACION POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL SERVICIO SOLICITAR DE NUEVO A LA GERENCIA DEL SECTOR SU COLABORACION PARA LA REALIZACION DE LA FORMACIÓN

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/53 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0053

Título  
MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE

Autores:  
CATALAN LADRON MARIA LUISA, GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, MUÑOZ JACOBO SERGIO, BANDRES ABIAN ELENA, GONZALEZ CUADRADO AINOA, NUÑO GIL ANA ISABEL, MADORRAN GARCIA JOSE MANUEL, DORADO ALVARADO PURIFICACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0053**

**1. TÍTULO**

**MEJORAR EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON APLICACION DE NUEVAS HERRAMIENTAS. INTRODUCIR EL LEAN HEALTHCARE**

Otro tipo Objetivos:

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

**PROBLEMA**

EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH ES EL DE REFERENCIA DEL SECTOR CALATAYUD, ZONAS LIMITROFES DE CASTILLA LA MANCHA Y CASTILLA LEÓN . ADEMÁS POR SU ENCLAVE GEOGRAFICO Y PROXIMIDAD A LA AUTOVIA DEL NORESTE A PACIENTES DE OTRAS COMUNIDADES.  
A LO LARGO DE SU TRAYECTORIA Y CONSTATADO POR LOS DATOS REGISTRADOS HA DEMOSTRADO RESULTADOS DE EFICACIA Y DISPONER DE TRABAJADORES CON ELEVADO RENDIMIENTO.  
PERO TAMBIÉN TIENE EL INCONVENIENTE DE UNA ROTACIÓN ELEVADA DEL PERSONAL POR MOVILIDAD EXTERNA E INTERNA, CON UN CONTINUO PROCESO DE ADAPTACIÓN Y APRENDIZAJE QUE EXIJE LA DEDICACIÓN DEL LOS MIEMBROS DE LA PLANTILLA ESTABLE. EN EL MOMENTO ACTUAL HEMOS OBSERVADO PROCESOS NO SISTEMATIZADOS Y UN NUMERO ELEVADO DE ACTIVIDADES QUE NO APORTAN VALOR.  
ADEMÁS, NO DISPONEMOS DE DATOS OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y, MUCHAS VECES, TAMPOCO DE LA DEL TRABAJADOR.  
DADO QUE POR LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO TODO EL TRABAJO SE PLANIFICA EN EQUIPO INTEGRANDO A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES NOS HEMOS PLANTEADO LA CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR QUE AUTOANALICE SUS ÉXITOS Y FRACASOS Y PLANTEAR LAS LINEAS DE TRABAJO QUE NOS LLEVEN DE LA EFICACIA A LA EFICIENCIA CONTANDO CON EL APOYO MANIFESTADO POR LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL, LA DIRECCIÓN DE ENFERMERIA Y LA COORDINACIÓN DE CALIDAD.

**RESULTADOS ESPERADOS**

CONOCER EL METODO LEAN HEALTHCARE Y SUS HERRAMIENTAS, APLICARLO EN NUESTRO MEDIO CANALIZADO POR LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO QUE ENGLOBA A TODAS LAS CATEGORIAS IMPLICADAS EN LA ATENCIÓN URGENTE EN NUESTRO HOSPITAL LO QUE MEJORARA LA DIFUSIÓN CON EL FIN DE IMPLICAR A TODOS LOS TRABAJADORES PARA CONSEGUIR:  
- PROCESOS SISTEMATIZADOS ELIMINANDO LAS ACCIONES QUE NO APORTEN VALOR.  
- CONOCER LA SATISFACCION EN EL PACIENTE DE NUESTRO PRODUCTO SALUD  
- CONSEGUIR LA SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DÁNDOLE LA IMPORTANCIA QUE TIENE APORTANDO SOLUCIONES DESDE SU ACTIVIDAD COTIDIANA Y FOMENTANDO SU SENTIMIENTO DE PERTINENCIA A LA ORGANIZACIÓN.  
- COLABORAR CON LA ORGANIZACIÓN EN LA MEJORA DEL USO DE LOS RECURSOS.  
- PENSAR EN MEJORA CONTINUA PARA OBTENER RESULTADOS EN CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LAS PERSONAS QUE INTERVIENEN EN LOS PROCESOS PARA PARTIR DE LA EFICACIA Y LLEGAR A LA EFICIENCIA.

**MÉTODO**

PLANIFICAR REUNIONES DEL GRUPO DE TRABAJO  
FORMACION EN METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE  
DIFUSION A TODOS LOS MIEMBROS DEL SERVICIO  
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.  
DISEÑAR UN MODELO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

**INDICADORES**

% DE TRABAJADORES DEL SERVICIO QUE PARTICIPAN EN EL ANALISIS Y DISEÑO DE LOS PROCESOS  
% DE PERSONAL FORMADO EN LEAN HEALTHCARE  
DISEÑO ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES AL ALTA DEL SERVICIO.  
DISEÑO DE ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS PROFESIONALES

**DURACIÓN**

CONSIDERAMOS QUE SE TRATA DE UN PROCESO AMBICIOSO QUE DEBERÁ ALARGARSE EN EL TIEMPO PARA HACERLO EXTENSIBLE A TODOS LOS PROCESOS.  
FORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO Y DIFUSIÓN A TODAS LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES HASTA JUNIO DE 2019.  
REUNIONES PARA RECOGER IDEAS Y REALIZAR DIAGNÓSTICOS CAUSA EFECTO EN LAS MISMAS FECHAS  
ELEGIR AL MENOS 2 PROCESOS PARA INICIAR SU DISEÑO Y PROPONER LA PUESTA EN MARCHA EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2019

**OBSERVACIONES**

EN EL 2019 LO HEMOS INCLUIDO COMO A.G.C. CON LA PERSPECTIVA DE SER INCLUIDO EN EL C.P. DEL 2020

**Valoración de otros apartados**

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

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



## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1152

### 1. TÍTULO

#### ATENCION DEL PACIENTE CRITICO EN EL AREA DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ..... BENJAMIN GONZALEZ ARIZA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H ERNEST LLUCH  
· Localidad ..... CALATAYUD  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... CALATAYUD

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BROSED YUSTE CHABIER  
CLAVERO MIGUEL MARIA PILAR  
GASPAR REDONDE MARIA ESTHER  
MERELAS CORTES LAURA  
NUÑO GIL ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Creación del grupo y reunión de los compones (mayo 2019)  
Reunión del Servicio para Búsqueda de necesidades y propuesta ( Junio2019)  
Solicitud del Curso a comisión de formación sobre atención al paciente critico  
Creación de procedimiento (noviembre diciembre 2019)  
Revisión por Calidad de procedimiento (pendiente)  
Realización de formación especifica del servicio (pendiente)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Creación de un nuevo procedimiento para urgencias sobre atención al paciente critico en el área de urgencias ( pendiente de revisión)  
Aumentar la cultura de cuidados en el área de urgencias para enfermería (realizado pero mejorable en 2020)  
Contribuir a la mejora y sistematización de la asistencia al paciente crítico en el servicio de urgencias  
Coordinación entre los servicios extrahospitalarios y las distintas unidades hospitalarias para la asistencia del paciente critico  
Adecuación de la asitencia del paciente crítico a los recursos humanos materiales y estructurales de nuestro centro  
Coordinación y asignación de roles/ actividades especificas a los distintos miembros del equipo multidisciplinar que aborda al paciente critico  
Elaboración de un documento que sirva de guía del personal para la correcta atención al paciente critico (pendiente)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
En seguimiento se realizaran en la memoria final del año siguiente

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2019/1152 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1152

Título  
MEJORA DE LA ORGANIZACION DE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CRITICO DEL AREA DE URGENCIAS

Autores:  
GONZALEZ ARIZA BENJAMIN, BROSED YUSTE CHABIER, GASPAR REDONDO ESTHER, CLAVERO MIGUEL PILAR, MERELAS CORTES LAURA, NUÑO GIL ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ERNEST LLUCH

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

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

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1152

### 1. TÍTULO

#### ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN EL AREA DE URGENCIAS

AUNQUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS CONOCE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS, CADA DÍA PODEMOS OBSERVAR QUE EN OCASIONES LA ATENCIÓN A DICHS PACIENTES ES DESORGANIZADA: NO ESTÁN DEFINIDAS LAS TAREAS QUE CADA PROFESIONAL TIENE QUE REALIZAR EN ESE MOMENTO. ESTO SUPONE UN RETRASO Y UNA ATENCIÓN INADECUADA EN EL PACIENTE YA QUE HAY VARIOS PROFESIONALES INTENTANDO REALIZAR LAS MISMAS TAREAS Y OTROS QUE NO SABEN QUÉ HACER EN ESE MOMENTO. CON UNA ADECUADA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN Y CON EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SE REDUCIRIAN LOS ERRORES Y MEJORARÍA LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1- MEJORAR LA ORGANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN URGENTE DEL PACIENTE CRÍTICO
- 2- DISMINUIR LOS RECURSOS EMPLEADOS EN LA ATENCIÓN
- 3- DISMINUIR LOS ERRORES EN LA ASISTENCIA

#### MÉTODO

- 1- CREACIÓN DE UN GRUPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINAR
- 2- ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO
- 3- DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDIANTE CURSO TEÓRICO PRÁCTICO EN LA UNIDAD DE URGENCIAS.
- 4- REALIZACIÓN DE SIMULACROS DENTRO DE LA UNIDAD

#### INDICADORES

- 1- INDICADOR: % DE PACIENTES CRÍTICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE FORMA PROTOCOLIZADA

#### DEFINICIÓN:

PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS Y RECIBEN UNA ATENCIÓN PROTOCOLIZADA

#### FÓRMULA:

NUMERADOR: N° DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS ATENDIDOS DE FORMA PROTOCOLIZADA

DENOMINADOR: N° TOTAL DE PACIENTES CRÍTICOS QUE ACUDEN A URGENCIAS.

#### FUENTE: PCH

#### EXPLICACIÓN DE TÉRMINOS:

- PACIENTE CRÍTICO: VER DEFINICIÓN DE "PACIENTE CRÍTICO" EN PROCEDIMIENTO ORGANIZATIVO EN LA ACTUACIÓN EN UN PACIENTE CRÍTICO DEL HOSPITAL ERNEST LLUCH"

- ATENCIÓN ORGANIZADA: VER CRITERIOS DE ATENCIÓN ORGANIZADA/PROTOCOLARIZADA EN DICHO PROCEDIMIENTO

FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN: ANUAL

MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE. 20 PACIENTES ELEGIDOS AL AZAR

RESPONSABLE DE SU OBTENCIÓN: UNIDAD DE CALIDAD

ESTANDAR: >60%

- 2- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE CONOCEN EL PROCEDIMIENTO

- 3- INDICADOR:

N° DE PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO LA ACTIVIDAD FORMATIVA Y LOS SIMULACROS DE ACTUACIÓN.

#### DURACIÓN

2º TRIMESTRE 2019: FORMACIÓN DE GRUPO DE TRABAJO, MANTENIMIENTO DE REUNIONES DE EQUIPO Y Búsqueda DE BIBLIOGRAFÍA

3º TRIMESTRE 2019: ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTO

4º TRIMESTRE 2019: APROBACIÓN DE PROCEDIMIENTO POR UNIDAD DE CALIDAD, DIFUSIÓN DON CURSO TEÓRICO PRÁCTICO Y.

REALIZACIÓN DE SIMULACROS

#### 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 .....:

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