

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

**(Memorias RECIBIDAS de TODOS los proyectos seleccionados, anteriores a 2016)**

*Número de memorias: 9 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)*

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	CSS SAN JUAN DE DIOS GERIATRIA	MARTINEZ SOTO ALMUDENA	2015_0475	F	02/08/2016	CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	SANLEHI VILA NURIA	2015_0627	F	03/06/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLOGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO	2015_0631	F	31/05/2017	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREENALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2013_0102	F	16/02/2018	PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR	2014_0116	F	16/02/2018	MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	SERRANO TORRES MARIA DOLORES	2014_0247	S1	27/02/2019	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	SERRANO TORRES MARIA DOLORES	2014_0247	F	30/01/2020	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE	2013_0020	F	15/02/2018	PREVENCION DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ESTABEN BOLDOVA VICTORIA	2013_0045	F	10/02/2018	MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

Fecha de entrada: 02/08/2016

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA MARTINEZ SOTO  
· Profesión ..... TERAPEUTA OCUPACIONAL  
· Centro ..... CSS SAN JUAN DE DIOS  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR  
LOPEZ GARCIA ROCIO  
SALAS VALERO MONTSERRAT  
ORTEGA VALDIVIESO AZUCENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Noviembre 2.014:

\* Elaboración por parte de Montserrat Salas de un documento sobre fuentes de información de TO.  
\* Remisión del documento a los terapeutas ocupacionales.  
\* Propuesta de colaboración por parte de Montserrat Salas a los TO del Salud para seleccionar los recursos más relevantes.

- Diciembre 2.014- Enero 2.015:

\* Búsqueda y selección de un especialista en el tema.  
\* Solicitud de colaboración para elaborar el informe.  
\* Elaboración del informe por parte del especialista.

- Febrero 2.015: Publicación del informe del especialista en el siguiente enlace:

<http://hdl.handle.net/10481/35348>

- Abril 2.015:

\* Envío del informe publicado a los terapeutas ocupacionales del Salud.  
\* Estudio del informe de Azucena Ortega y el documento de Montserrat Salas por parte de los terapeutas ocupacionales.  
\* Envío de las conclusiones del estudio de la documentación a Montserrat Salas para que gestione la información.

- Junio- Diciembre 2.015:

\* Estudio por parte Montserrat Salas de la viabilidad de la propuesta y realización de las gestiones oportunas para contratación de servicios específicos.  
\* Creación el apartado de TO en la biblioteca virtual por el equipo webmaster-documentalista del IACS. Ver el siguiente enlace:  
<http://www.iacs.aragon.es/awgc/inicio.estaticas.do?app=/centro-recursos/biblioteca-virtual/recursos&file=terapia-ocupacional.html>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los tres indicadores se monitorizan con: SI/ NO

1. Elaboración de un informe sobre recursos específicos de Terapia Ocupacional por un profesional especialista en el tema. SI  
2. Reuniones de los terapeutas ocupacionales para consensuar la información sobre el especialista y los recursos de Terapia Ocupacional. SI  
3. Creación en la página de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de Aragón de un apartado específico de Terapia Ocupacional con los recursos que se consideren más oportunos. SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2015/475 ===== \*\*\*

Nº de Registro: 0475

Título  
CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

##### Autores:

MARTINEZ SOTO ALMUDENA, ENGUITA FLOREZ MARIA PILAR, LOPEZ GARCIA ROCIO, SALAS VALERO MONSERRAT, ORTEGA VALDIVIESO MARIA AZUCENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CRP SAN JUAN DE DIOS

##### PROBLEMA

Los terapeutas ocupacionales (to) de nuestra CCAA no tienen acceso a las últimas evidencias científicas en su ámbito de trabajo, y se ve necesario empezar a agrupar las mejores fuentes de información en este campo con el fin de mejorar su trabajo diario, aprovechando la infraestructura que ofrece el IACS dentro de la biblioteca virtual de ciencias de la salud de Aragón (bv). Actualmente, el to, en su labor diaria de contacto con los pacientes, presenta lagunas del conocimiento a las cuales debe dar respuesta, y se enfrenta a abundante y abrumadora información científica. Paralelamente, el auge la práctica basada en la evidencia, que se refiere a "la actualización consciente, juiciosa y explícita de las mejores evidencias científicas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario individual de los pacientes", hace que el to deba tener a su alcance las mejores evidencias. Las variaciones injustificadas de la práctica clínica implican en la mayoría de las ocasiones infrutilización de cuidados efectivos, sobreutilización de cuidados inefectivos e ineficientes y acceso desigual a cuidados necesarios a la población, por lo que la posibilidad de tener la mejor evidencia hará posible mayor equidad y una mejor asistencia sanitaria.

En 2011 se publicó un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Harvard, que confirmaron que uso de una herramienta de síntesis de la evidencia durante un período de tres años se asoció con una mejor calidad de la atención a los pacientes, estancias más cortas (372.500 días de hospital al año) y unas tasas de mortalidad más bajas (ahorro de 11.500 vidas por período de tres años).

La oportunidad de mejora se detectó durante la realización de un curso del Salud. En los contenidos relacionados con el uso de las fuentes de información biomédicas se le consulta a la docente, la coordinadora de la biblioteca virtual (cbv), sobre fuentes de información específicas de Terapia Ocupacional (TO). La docente, ante la inexistencia de esas fuentes en la actual bv, se comprometió a informarse. A la finalización del curso y en un corto espacio de tiempo nos remitió vía email un listado de bases de datos y/o buscadores sobre TO. En el mismo email nos propuso crear un apartado específico para TO con ellos en la Web de la bv. Para ello nos emplazó a los to a hacer una selección y comunicarle de los recursos de información que consideráramos mejores y más accesibles para los to.

Isaac, T., Zheng, J. and Jha, A. (2012), Use of UpToDate and outcomes in US hospitals. J. Hosp. Med., 7: 85-90. doi: 10.1002/jhm.944.

##### RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Detección y selección de recursos informativos de TO.
- Creación de un apartado de recursos informativos para los to en la bv.

##### MÉTODO

- Localizar un especialista que asesore en la identificación de diferentes tipos de recursos y la utilidad de los mismos; y que sugiera los recursos de más relevantes y utilizados en TO. Responsable: Almudena. El procedimiento consistirá en buscar a través de diferentes organismos e instituciones a un profesional especialista: universidad, colegio profesional...
- Reunión de los to: Rocío, Pilar y Almudena para estudiar la información recopilada.
- Contactar con el especialista, Azucena, y solicitar su colaboración.
- Elaboración de un informe por parte del especialista.
- Reunión de los to para consensuar la información aportada por el especialista y la cbv y selección de los recursos más útiles para los to del Salud.
- Envío por email de las conclusiones de la reunión a la cbv sobre los recursos más útiles de TO. Responsable: Almudena.
- Estudio por parte de la cbv de la viabilidad de la propuesta y realización de gestiones para la contratación de los servicios.
- Creación del apartado específico de TO en la bv y colgar los recursos seleccionados por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

##### INDICADORES

Los tres indicadores se monitorizarán con: SI/ NO

- Elaboración de un informe sobre recursos específicos de TO por un especialista.
- Reuniones de los to para consensuar la información sobre el especialista y los recursos de TO.
- Creación en la página de la bv de un apartado de TO con los recursos más oportunos.

##### DURACIÓN

-Nov 2.014: Inicio

Elaboración por parte de la cbv de un documento sobre fuentes de información de TO.

Remisión del documento a los to.

Propuesta de colaboración por parte de la cbv a los to.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0475

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE UN APARTADO ESPECIFICO DE FUENTES DE INFORMACION PARA LOS PROFESIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ARAGON

- Dic 2.014- Ene 2.015:

Búsqueda y selección del especialista.  
Solicitud de colaboración.  
Elaboración del informe del especialista.

- Feb 2.015:

Publicación del informe del especialista en: <http://hdl.handle.net/10481/35348>

- Abr 2.015:

Envío del informe publicado a los to.  
Estudio del informe de Azucena y el documento de la cbv por parte de los to.  
Envío de las conclusiones del estudio de los to a la cbv.

- Jun- Dic 2.015: Finalización.

Estudio por parte de la cbv de la propuesta y realización de las gestiones para contratación de servicios.  
Creación del apartado de TO en la bv a partir de jun- jul por el equipo webmaster-documentalista del IACS.

#### 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 - 2015/0627

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 03/06/2017

2. RESPONSABLE ..... NURIA SANLLEHI VILA  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO  
HORNO DELGADO JAIME  
CHOCARRO ESCANERO PILAR  
VALERO ADAN ADELA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Exposición en las Jornadas Científicas del Hospital con datos previos de la situación que queremos mejorar.  
2-Diseño de carteles ilustrativos de recogida de las muestras (plastificados) y reparto a los distintos servicios implicados.  
3-Recogida de datos tras la distribución carteles y exposición del tema.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-Los errores relacionados con la petición han descendido de 67 al 55% (No se realizó acción correctiva sobre este ítem).  
2-Obtención de muestra insuficiente: de 2% al 0%  
Manipulación de muestra: 15% al 0%  
3-Tipo de contenedor/aditivo: del 7 al 4%  
4-Transporte: 4% al 0%  
5-Identificación del paciente: 5 al 0%.  
Nuestro objetivo era reducir las incidencias relativas a la muestra a <1% (efecto cartel) (3,4,5).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1- No logramos nuestro objetivo (<1%) pero hemos descendido en los errores de contenedor/aditivo, manipulación de muestra y transporte.  
2- Aún con el apoyo del cartel se siguen cometiendo errores pero menos. Y se comunica y recuerda que se consulte el cartel.  
3- Hemos detectado incidencias relacionadas con la cumplimentación, tipo de volante y registro que tenemos que mejorar entre todos los agentes que participan en el proceso, y que no hubiésemos detectado sin hacer el estudio.  
4- La revisión del trabajo nos hace plantearnos la necesidad de plantear mejoras en distintos ámbitos a los servicios implicados en el estudio de estas muestras para realizar mejoras relacionadas con el informe y rendimiento diagnóstico de la prueba .

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2015/627 ===== \*\*\*

Nº de Registro: 0627

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:  
SANLLEHI VILA NURIA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, HORNO DELGADO JAIME, CHOCARRO ESCANERO MARIA PILAR, VALERO ADAN ADELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### PROBLEMA

El análisis de los líquidos biológicos (líquido cefalorraquídeo, serosos (pleural, ascítico, pericárdico) y sinovial entre otros) es un proceso fundamental en la investigación diagnóstica de muchos pacientes. Su utilidad y adecuada interpretación está estrechamente vinculada a diversos factores modificables como son:  
1-obtención adecuada de la muestra (proceso de extracción)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

- 2-contenedor apropiado (con o sin aditivos) y manipulación.
- 3-identificación y distribución de cada muestra en el orden adecuado en el tiempo y al lugar adecuado.
- 4-Solicitud de parámetros bioquímicos (procedentes/no procedentes) y análisis de muestras simultáneas en la medida de lo posible (distintos líquidos/suero).

Hemos detectado que en ocasiones se producen errores que hemos observado prácticamente en todos los eslabones del proceso. Algunos de ellos inevitables (ej. Punción traumática), mientras que otros, aunque no sean frecuentes, se repiten en el tiempo, con los movimientos de personal de todos las categorías (nuevas incorporaciones, vacaciones etc..) ej envío en contenedor inapropiado, con o sin aditivos, presencia de coágulos al no haber agitado la muestra tras la extracción, otros relacionados con la seguridad (envío jeringa con aguja) etc.. Estas incidencias se han detectado en distintos servicios, y si bien es cierto que al detectarlas, inmediatamente nos ponemos en contacto con el facultativo responsable y en general no se vuelven a producir, con el paso del tiempo e incorporación de nuevos profesionales se reincide. No todas las incidencias tienen la misma trascendencia en el resultado obtenido y su interpretación, pero deben ser eliminadas para garantizar en la medida de lo posible la seguridad del paciente.

#### RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

#### RESULTADOS ESPERADOS

Reducir (e incluso eliminar) las incidencias evitables referidas a la calidad preanalítica de la muestra, así como aquellas que se pudieran derivar de factores postanalíticos.

#### MÉTODO

Estandarización de los procesos relacionados con el análisis de líquidos biológicos, formación o actualización, documentación de las incidencias pre y postanalíticas detectadas, así como la aplicación de medidas correctoras.

#### 1- Generación de documentación informativa:

- Realizar una guía o procedimiento en el que se detallan todos los puntos críticos del proceso, desde que se obtiene la muestra hasta que llega al laboratorio, procesamiento, conservación y/o demás procesos que la muestra pueda requerir.
- Diseño de un cartel que plasme de forma gráfica inmediata la información crítica de la guía. (Dicho cartel, expuesto en los controles de todas las plantas podría ser un elemento muy eficaz, que creemos podría ELIMINAR el error de tipo de contenedor, a la vez que enfatiza la prioridad en el transporte de la muestra al laboratorio.)

#### 2-Comunicación y formación:

- Difusión adecuada del material confeccionado entre personal facultativo, enfermería y auxiliar.

#### 3-Seguimiento:

- Estudio observacional de todas las incidencias relacionadas con los procesos pre y postanalíticos de las muestras de líquidos biológicos recibidos en el laboratorio de urgencias con posterioridad a la puesta en marcha del programa.

#### INDICADORES

#### 1- Generación de documentación informativa:

Indicador:	Realización guía	Realización cartel	
Objetivo	Si		Si
Cronograma	Julio 2015	Julio 2015	

#### 2- Comunicación y formación:

Indicador	Sesión informativa
Objetivo	Si
Cronograma	Septiembre 2015

#### 3-Seguimiento:

Indicador:	Nº incidencias	Origen y % del total
Objetivo	<1%(cuantificación)	
Cronograma	Mayo 2016	

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0627**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PRE Y POSTANALITICA DE LAS MUESTRAS DE LIQUIDOS BIOLÓGICOS REMITIDOS AL LABORATORIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Indicador N° liquidos remitidos sin suero Origen y %  
Objetivo cuantificación y razonamiento (distintos criterios)  
Cronograma Mayo 2016

**DURACIÓN**

Inicio: Junio de 2015 hasta junio 2016.

El seguimiento y análisis de incidencias anual, podría prolongarse más allá de la duración del proyecto, como medida de calidad del área de líquidos biológicos del laboratorio y sacar conclusiones sobre el mantenimiento de mejora de la misma obtenida.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

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

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

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD**

Fecha de entrada: 31/05/2017

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO ALVAREZ LOPEZ  
 · Profesión ..... MEDICO/A  
 · Centro ..... H OBISPO POLANCO  
 · Localidad ..... TERUEL  
 · Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
 · Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANLEHI VILA NURIA  
 HORNO DELGADO JAIME  
 HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES  
 FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elige el Centro de Salud Teruel Ensanche para el desarrollo del proyecto.  
 Se estudian las orinas recibidas de ese centro de salud durante un año; desde el 1 de octubre de 2015 hasta el 30 de septiembre de 2016.

ESTUDIO DESCRIPTIVO:

La siguiente tabla refleja la evolución de las orinas enviadas desde ese centro de salud al laboratorio:

oct-15	nov-15	dic-15	ene-16	feb-16	mar-16	abr-16	may-16	ju
n-16	jul-16	ago-16	sep-16					
348	402	316	280	313	255	411	319	371
	368						264	244

Se considera como muestra probablemente contaminada debido a una mala recogida aquella que muestra un recuento de células epiteliales superior a 30 por microlitro, medidas con el equipo Sysmex UF-1000i empleado en el laboratorio para el análisis de sedimento de orinas de rutina.

La siguiente tabla muestra el número y porcentaje de orinas contaminadas a lo largo de los meses de estudio. Los meses de octubre de 2015 a enero de 2016 sirvieron para la evaluación de la muestra y los siguientes meses para valorar la evolución tras la intervención de mejora.

	Número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro		Porcentaje de orinas con
	recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro (%)		
oct-15	22	6,32	
nov-15	35	8,71	
dic-15	26	8,22	
ene-16	25	8,93	
feb-16	17	5,43	
mar-16	13	5,10	
abr-16	21	5,11	
may-16	25	7,84	
jun-16	25	6,74	
jul-16	12	4,55	
ago-16	15	6,15	
sep-16	22	5,98	

Si se realiza un estudio separado por sexos, se encuentra que las orinas contaminadas debido a una mala recogida de las mismas son predominantemente de mujer:

	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro		número de orinas con
	recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro de sexo femenino		% de sexo femenino en orinas
	contaminadas		
oct-15	22	22	100,00
nov-15	35	35	100,00
dic-15	26	25	96,15
ene-16	25	24	96,00
feb-16	17	17	100,00
mar-16	13	12	92,31
abr-16	21	21	100,00
may-16	25	24	96,00
jun-16	25	23	92,00
jul-16	12	12	100,00
ago-16	15	15	100,00
sep-16	22	22	100,00

La evolución mensual de orinas contaminadas en este grupo:

	número de orinas con recuento de células epiteliales>30 cels /microlitro de sexo femenino		% de
	orinas contaminadas sobre total de orinas de pacientes de sexo femenino		
oct-15	22	10,68	
nov-15	35	14,96	

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD**

dic-15	25	12,75
ene-16	24	14,04
feb-16	17	8,67
mar-16	12	7,55
abr-16	21	8,02
may-16	24	12,57
jun-16	23	10,27
jul-16	12	7,06
ago-16	15	10,00
sep-16	22	9,32

Con el fin de conocer la población a estudio, se estratifico a este grupo de mujeres con orina contaminada por grupos de edad. Los intervalos son los siguientes:

- Premenárquicas: Edad inferior a 14 años
- Mujeres en edad fértil: Edad superior a 14 años e inferior a 48 (14<edad=48)
- Mujeres postmenopáusicas no ancianas: Edad comprendida entre 49 y 79 años:(49<edad=79)
- Mujeres ancianas: Edad superior a 80 años.

Asimismo se estudió el porcentaje de mujeres con lengua materna diferente del castellano (suposición obtenida a partir del nombre y apellidos sugerentes de nacionalidad no española ni latinoamericana). Se pretende con esto averiguar si puede existir barrera idiomática para la comprensión de las normas de recogida de la orina. La evolución mensual en función de la edad es la siguiente:

consta	RECUENTOS		PORCENTAJES					No	No consta	No	No	No	No
	Edad <14	Edad 14-48	Edad <14	Edad 14-48	49-79	49-79	>80						
oct-15	0	11	0	11	7	4	0	50,0	31,8	18,2	0,0		
nov-15	0	17	0	17	11	6	1	48,6	31,4	17,1	2,9		
dic-15	1	9	1	9	2	3	1	6,3	56,3	12,5	6,3		
ene-16	0	13	0	13	4	5	2	0,0	54,2	16,7	8,3		

En cuanto a la población cuya lengua materna no es el castellano:

consta	RECUENTOS		PORCENTAJES	
	Edad <14	Edad 14-48	Edad <14	Edad 14-48
oct-15	1	4	4,55	
nov-15	1	2	2,86	
dic-15	2	12	12,5	
ene-16	4	16	16,67	

Esto nos permite conocer cuál es el sector de población sobre el que hay que hacer mayor labor de educación sobre la técnica adecuada para la recogida de orina en condiciones asépticas.

Se observa que las mujeres en edad fértil son las que presentan los mayores porcentajes de orinas contaminadas: 47,2 ± 7,53.

En mujeres postmenopáusicas no ancianas, los porcentajes son del 22,0 ± 11,69.

En estos dos grupos de edad es en los que con una adecuada información se pueden obtener las mejorías más significativas.

En cuanto a las mujeres ancianas, la media de orinas contaminadas es del 17,0± 3,70. En este grupo puede ser más complicada la mejora teniendo en cuenta que la recogida puede ser dificultosa

En cuanto a las mujeres cuya lengua materna no es el castellano, la media de orinas contaminadas es del 8,02± 6,15.

**INTERVENCIÓN DE MEJORA:**

Durante el mes de enero se distribuyó entre las pacientes a las que se les solicitaba recogida de orina para urianálisis unas normas de recogida aséptica de la misma:

**NORMAS PARA LA CORRECTA RECOGIDA DE ORINA PARA ANÁLISIS DE SEDIMENTO URINARIO Y UROCULTIVO.**

Iniciar el proceso descrito a continuación cuando se tenga la sensación de abundantes ganas de orinar, prefiriéndose en general la primera orina de la mañana, cuando la vejiga urinaria se encuentra llena de orina. Recoger la orina en un frasco estéril de tapón de rosca. Se puede encontrar en farmacias o en el laboratorio del hospital o centro de salud

1. Lavado meticuloso de los genitales externos. Utilice agua y jabón. Aclárese con agua abundante y séquese bien con toalla o paño limpio.
2. Colóquese en el inodoro.
3. En mujeres, separar con una mano los labios vaginales. En hombre, retirar hacia atrás el prepucio. Comience a orinar. despreciando el primer chorro, orinando primero fuera del frasco, y sin parar la micción, continúe orinando directamente dentro de él hasta llenar aproximadamente medio frasco.
4. Tape inmediatamente y anote su nombre y dos apellidos.
5. Traslade la muestra en posición vertical, bien tapada y rápidamente al Laboratorio o a su Centro de Salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Volviendo a la tabla de evolución del porcentaje de orinas contaminadas:

	número de orinas con recuento de células epiteliales > 30 cels / microlitro de sexo femenino	% de orinas contaminadas sobre total de orinas de pacientes de sexo femenino
oct-15	22	10,68
nov-15	35	14,96
dic-15	25	12,75
ene-16	24	14,04
feb-16	17	8,67
mar-16	12	7,55
abr-16	21	8,02
may-16	24	12,57
jun-16	23	10,27
jul-16	12	7,06
ago-16	15	10,00
sep-16	22	9,32

Se observa una disminución en los porcentajes de orinas contaminadas tras la intervención, que se mantiene durante tres meses, seguido de un repunte en los porcentajes de contaminación.

La entrega de información escrita sobre la forma idónea de recogida de orina tiene un efecto positivo, con una disminución de las muestras contaminadas significativa, pero se pone de manifiesto la necesidad de que esta información se emita de forma continuada para que este efecto positivo se mantenga en el tiempo.

No se ha podido seguir el efecto de la intervención por grupos estratificados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se constata el elevado porcentaje de orinas procedentes de centro de salud sospechosas de estar contaminadas debido a una mala praxis durante la recogida de la misma.

Las orinas contaminadas proceden mayoritariamente de pacientes de sexo femenino y edad comprendida entre los 14 y los 48 años, seguidas de mujeres post-menopáusicas y del grupo de mujeres ancianas.

La entrega a los pacientes de instrucciones escritas sobre la forma adecuada de realizar una recogida aséptica de orina, es eficaz, mejorando la calidad de las orinas recibidas.

Para que este efecto sea duradero, la comunicación con el paciente, mediante instrucciones escritas o de palabra ha de ser continua.

Se ha de realizar un seguimiento por estratos de población para valorar por separado el efecto de las medidas correctoras y de ese modo identificar los grupos de población en los que hay que hacer más hincapié en la transmisión de información.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2015/631 ===== \*\*\*

Nº de Registro: 0631

Título  
MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE MUESTRAS DE ORINA RECOGIDAS EN CENTROS DE SALUD

Autores:  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLLEHI VILA NURIA, HORNO DELGADO JAIME, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### PROBLEMA

El análisis de orina es una prueba de rutina más demandada por los clínicos, y una de las de más sencilla realización en el laboratorio. Se trata de una herramienta imprescindible para el diagnóstico y monitorización de enfermedades renales y del tracto urinario.

Para que el análisis de orina tenga significado clínico, la muestra ha de ser recogida adecuadamente. Una recogida incorrecta podría invalidar los resultados de los procedimientos de laboratorio. Se ha de recolectar una muestra que refleje lo mejor posible las características de la orina presente en la vejiga urinaria.

Lo ideal sería la recogida de la orina en el mismo laboratorio para minimizar errores en la recogida y evitar el sobrecrecimiento de agentes contaminantes, minimizar destrucción celular y presencia de artefactos debido a la demora en el transporte, pero debido al volumen de muestras solicitadas y a la dispersión geográfica de la población atendida, no es posible la toma de la muestra en el laboratorio.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0631

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD PREANALITICA DE LAS ORINAS RECOGIDAS EN CENTRO DE SALUD

Las muestras de orina suelen ser recogidas por el paciente en su domicilio y frecuentemente la recogida de la misma, no se realiza en condiciones óptimas y se ven con frecuencia muestras que evidencian contaminación en la misma por una recogida inadecuada, dando lugar a diagnósticos inadecuados o que pueden inducir a error al clínico receptor de los mismos.

Se pretenden tomar medidas encaminadas a mejorar la calidad de las muestras recogidas por el paciente, minimizando la contaminación de la misma. Comenzaremos la desarrollar estas medidas de mejora en uno de los centros de salud del área sanitaria: C.S. Teruel Ensanche.

#### RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

#### RESULTADOS ESPERADOS

Disminución del número de muestras de orina recibidas en el laboratorio que evidencien contaminación vaginal o fecal, procedentes del centro de salud seleccionado para iniciar esta actividad de mejora: Teruel-Ensanche.

#### MÉTODO

Dado que es el paciente el responsable de la recogida de la muestra, ha de recibir instrucciones precisas para que realice una correcta recogida.

Esto se puede realizar de dos maneras:

1. Comunicación oral: Charlas formativas/informativas para el personal de enfermería / auxiliar sobre buenas prácticas de recogida de muestra de orina, con el fin de optimizar la comunicación con el paciente. El personal de enfermería o personal auxiliar transmitirá al paciente unas normas optimizadas de recogida de la muestra.
2. Información escrita: Elaboración de carteles para ser fijados en consultas de enfermería o elaboración de folletos explicativos para ser entregados al paciente junto al volante de petición.

#### INDICADORES

Puesto que la evidencia de mala recogida de orina es la presencia en la muestra de contaminantes ajenos al sistema urinario, se utilizará alguno de estos parámetros para monitorizar la evolución de la calidad de las muestras remitidas al laboratorio.

En caso de contaminación vaginal, se utilizará el recuento de células epiteliales. El criterio de corte que utilizaremos para definir en muestra la presencia de contaminación es el hallazgo mediante la técnica habitual de estudio del sedimento urinario de un recuento de células epiteliales /células de vías bajas superior a 30 por microlitro. En las muestras así identificadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario que ponga de manifiesto la sospecha de una inadecuada toma de muestra.

En el caso de contaminación fecal, se utilizará como marcador la presencia de fibras musculares o fibras vegetales en la muestra de orina. Las muestras identificadas como contaminadas, se incluirá un comentario para el médico peticionario indicando la posibilidad de contaminación fecal.

#### DURACIÓN

Se prevé una duración de un año.

Cronograma.

Dos meses para elaboración de cartelería y edición de díptico para paciente.

Dos meses Charlas formativas con personal de enfermería / auxiliar para mejorar la comunicación con paciente.

A lo largo de todo el proyecto: Evaluación mensual de la evolución de muestras detectadas con evidencias de contaminación.

Valoración final de resultados: Constatación de la evolución entre el inicio del proyecto y el final del mismo de la variación en el número de muestras con contaminación por una mala recogida

#### OBSERVACIONES

#### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0102

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PALANCA ARIAS DANIEL  
MADURGA REVILLA PAULA  
GARCIA INIGUEZ JUAN PABLO  
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA  
MINCHOLE LAPUENTE ELISA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un curso piloto en Zaragoza de VNI con residentes de pediatría el pasado mes de octubre al que acudimos también personal de aquí de Teruel, para intentar adaptarlo a nuestro hospital.  
En colaboración con los Servicios de UCI-P y Neumología de Zaragoza hemos elaborado el programa, los exámenes de evaluación y las encuestas de satisfacción del curso del H. Obispo Polanco y hemos realizado la solicitud para la acreditación del curso de VNI.  
El curso de formación teórico practico se ha realizado durante el mes de febrero de 2014 (17-18-19 Febrero de 2014), durante 12h lectivas. Realizándose los test de evaluación pre- y post curso y la encuesta de satisfacción. Tras la realización del curso se llevaron a cabo las gestiones adecuadas (suministros, servicios técnicos,...) para conseguir el material necesario (humidificador, cánulas nasales pediátricas, tubuladuras, conexiones,...) para comenzar con el empleo de la ventilación no invasiva en nuestro Hospital. Material con el que actualmente ya contamos en nuestro Servicio.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1) Realización del Curso: Se realizó dentro del programa de formación continuada del Hospital, en las fechas 17-19 de febrero de 2014, con gran éxito de asistencia y evaluación por parte de los participantes. Finalmente se aceptaron a 31 personas, más residentes de medicina de Familia (que vinieron como oyentes). Consiguiéndose además la acreditación del curso por el sistema de Formación continuada de profesionales sanitarios con 2,5 créditos.  
2) Porcentaje de asistentes que aprueban la evaluación final. Se considero como aprobados aquellos que contestaron acertadamente al menos al 80% de las preguntas. Así se evaluó con un test de 10 preguntas al inicio del curso que se repitió al finalizar el curso evaluándose tanto la mejoría como la superación del 80% del mismo (que fue del 100% de los que completaron el curso porque 2 personas no asistieron en su totalidad).  
3) Protocolo elaborado y enviado al resto de sectores: Empleamos el protocolo de actuación del Hospital de referencia del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (pendiente de aprobación por la Unidad de Calidad Asistencial).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha objetivado una mejora evidente en el conocimiento y en el manejo de la ventilación no invasiva en pediatría, aspecto muy importante en un Hospital comarcal en el que con frecuencia se puede necesitar su uso principalmente de cara a un traslado, dada la lejanía del Hospital de referencia  
Se encuentra pendiente de realización el registro de cumplimiento de los casos que se envíen desde Teruel, dado que desde que conseguimos el material adecuado no ha habido ningún caso subsidiario del empleo de ventilación no invasiva (la epidemia de cuadros respiratorios disminuye sustancialmente en verano, principalmente por disminución del VRS).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2013/102 ===== \*\*\*

Nº de Registro: 0102

Título  
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Autores:  
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, DE ARRIBA MUÑOZ ANTONIO, ALIAGA MAZAS YOLANDA, PALANCA ARIAS DANIEL, MADURGA REVILLA PAULA, GARCIA INIGUEZ JUAN PABLO, MINCHOLE LAPUENTE ELISA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0102

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TECNICAS DE VENTILACION NO INVASIVA PEDIATRICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

##### PROBLEMA

La Ventilación no invasiva (VNI) se ha posicionado en los últimos años, como un arma terapéutica de probada eficacia en la población pediátrica y neonatal, tanto en pacientes agudos como crónicos, con una clara disminución de los efectos secundarios ocasionados por técnicas más invasivas, como la ventilación mecánica convencional. En la actualidad, se está intentando instaurar la VNI como una herramienta más para estabilizar al paciente a una unidad de cuidados intensivos pediátricos, dado que se trata de una técnica sencilla, con menor morbilidad (menor riesgo de barotrauma, menor incidencia de neumonía nosocomial, evita la intubación), permite la alimentación del paciente y su expresión verbal.

La baja casuística de patología respiratoria grave en el Servicio de Pediatría y Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel hace muy difícil que los profesionales mantengan actualizados sus conocimientos y las habilidades de manejo de estas situaciones. Sin embargo los pacientes tienen derecho a recibir un nivel de asistencia de la máxima calidad.

La única forma de asegurar un nivel asistencial excelente para estas situaciones es realizar cursos-talleres prácticos con los profesionales (Pediatras, Médicos de Urgencias, 061, enfermeras y anestesiastas) tutorizados por profesionales (pediatras intensivistas de UCI Pediátrica y UCI Neonatal) de los hospitales de nivel IV.

##### RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Entrenar al personal implicado en la asistencia del paciente pediátrico con insuficiencia respiratoria moderada (Pediatras, Médicos de urgencias, 061, anestesiastas, enfermeras) en el empleo de la VNI para optimizar al máximo la asistencia.
- Mejorar las condiciones de traslado de los pacientes pediátricos con fracaso respiratorio tipo II (predomina la hipoventilación) como paso previo o alternativa a la intubación y ventilación mecánica convencional.
- Disminuir las posibles complicaciones derivadas del uso de técnicas de ventilación asistida, optimizando al máximo los recursos de VNI pediátrica con los que ya contamos.
- Crear un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas hasta su traslado a UCIP, bajo la dirección de expertos de Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos.
- Desarrollar una experiencia piloto que se pueda realizar en todos los hospitales comarcales de Aragón con Servicio de Pediatría

##### MÉTODO

- Desarrollo de un curso teórico de iniciación a la ventilación no invasiva pediátrica con talleres prácticos a través de simulaciones de casos reales, empleándolos como toma de contacto del personal con los dispositivos.
- En estos talleres se utilizará material de VNI pediátrica con los que ya contamos en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel: Diferentes interfases pediátricas (Helmet, mascarillas bucales..) adaptables a los respiradores con los que también contamos BIPAP vision y Oxilog 3000plus o la CPAP de Boussigaq con tubuladuras pediátricas. También contaremos con material de simulación de emergencias que recuerdan al máximo los casos reales con maniqués pediátricos.
- Se ha contactado con los profesionales de la UCI Pediátrica de nuestro Hospital de referencia que han aceptado colaborar, así como los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias, anestesiastas y 061.
- A continuación del curso crear, en conjunto con todos los servicios implicados, un protocolo de asistencia y empleo de VNI en pacientes pediátricos para su empleo en las Urgencias pediátricas para su traslado a UCIP.

##### INDICADORES

- Numero de pacientes trasladados con VNI/ número total de pacientes trasladados por fracaso respiratorio
- Valoración del estado en que acceden a los Hospitales de referencia los niños graves que han sido trasladados con VNI desde el Hospital Obispo Polanco.

##### DURACIÓN

- Se realizará anualmente un curso teórico-practico de VNI, impartido por los pediatras intensivistas del hospital de referencia.
- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas 25 personas (Pediatras, Médicos de familia, enfermeras, 061 y anestesiastas) con una duración aproximada de unas 8h.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0116

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR SANZ DE MIGUEL  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

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

GRACIA TORRALGA LORENA  
MARTIN RUIZ NURIA  
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA  
ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL  
MADURGA REVILLA PAULA  
PALANCA ARIAS DANIEL  
GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HA REALIZADO EL CURSO DE FORMACIÓN DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DURANTE LOS DÍAS 2,3 Y 4 DE MARZO DE 2015 EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL, DENTRO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SALUD, ACTIVIDAD ACREDITADA CON 2,6 CRÉDITOS POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA (ADJUNTO COPIA DE LA ACREDITACIÓN DEL CURSO).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

DICHA ACTIVIDAD SE REALIZÓ CON UN 100% DE INSCRIPCIONES, ES DECIR 20 PERSONAS, QUE ERA EL MÁXIMO DE PERSONAS ADMITIDAS. FINALMENTE LA ASISTENCIA COMPLETA AL CURSO (POR GUARDIAS, TURNOS,...) FUE DEL 75%. EL PERSONAL QUE ASISTIÓ AL CURSO FUE EN UN 65% ENFERMERAS (70% DE LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y 30% DE URGENCIAS) Y EL 35% MÉDICOS (75% DE URGENCIAS Y 25% PEDIATRAS). AUNQUE LA ASISTENCIA REAL CONTÓ CON MÁS PEDIATRAS, PERO DADO QUE SE ENCONTRABAN DENTRO DEL GRUPO DOCENTE DEL CURSO NO FUERON CONTABILIZADOS COMO ASISTENTES AL MISMO, AL IGUAL QUE RESIDENTES DE MEDICO DE FAMILIA DE ESTE HOSPITAL QUE ASISTIERON COMO OYENTES. CON LO CUAL LA PARTICIPACIÓN AL CURSO FUE MUY POSITIVA.

RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE LOS ASISTENTES, EL 100% DE LOS MISMOS SUPERARON EL TEST FINAL DEL CURSO CON MÁS DEL 70% DE RESPUESTAS ACERTADAS, MEJORANDO EN TODOS LOS CASOS SU RESULTADO EN EL TEST INICIAL A LAS CHARLAS.

#### LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS ASISTENTES SOBRE 10 TUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS

- INFORMACIÓN PREVIA AL CURSO 8.42
- CONDICIONES DE LA SALA 8.92
- DURACIÓN DEL CURSO 9.07
- CONTENIDO DE LAS PRESENTACIONES 9.21
- UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA DIARIA 9,14
- RECOMENDACIÓN DE ESTE CURSO A OTROS COMPAÑEROS 9.28
- CONSIDERACIÓN GLOBAL DEL CURSO 9.35

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ACTUALMENTE SE ESTA EMPEZANDO A PONER EN MARCHA EN LA PLANTA DE PEDIATRÍA Y URGENCIAS, EL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS Y SEDACIÓN, CON RESULTADOS MUY ESPERANZADORES. SE HA LOGRADO REALIZAR EL DRENAJE DE UN ABSCESO PREAURICULAR POR PARTE DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LA PLANTA SIN NECESIDAD DE IR A QUIRÓFANO POR LA COLABORACIÓN DE LA PLANTA,... Y ESTO ES SÓLO EL COMIENZO DADO QUE ESTAMOS EMPEZANDO LA REDACCIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2014/116 ===== \*\*\*

Nº de Registro: 0116

Título  
MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS

Autores:  
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, GRACIA TORRALBA LORENA, MARTIN RUIZ NURIA, ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, ALPUENTE ZORRAQUINO ISABEL, MADURGA REVILLA PAULA, PALANCA ARIAS DANIEL, GARCIA IÑIGUEZ JUAN PABLO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0116

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL MANEJO DE LA SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

##### PROBLEMA

Uno de los aspectos más descuidados en el tratamiento de los niños en los Servicios de Urgencias Pediátricas es la utilización de analgesia y/o sedación. Hace años se tenía la idea de que la inmadurez del SNC del neonato y del lactante es equivalente a una ausencia o disminución de la percepción dolorosa y se ha comprobado con diferentes estudios que no sólo sienten el mismo dolor que los adultos sino que son más vulnerables. A esto hemos de añadir el mito existente de que aunque sabemos que tienen dolor su tratamiento se cree que comporta excesivos riesgos por lo que se debería desistir en ello. Actualmente se sigue infratratando el dolor, debido a una valoración inadecuada, desconocimiento del arsenal farmacológico y miedo a los efectos secundarios.

El desarrollo de nuevos productos farmacológicos y la introducción de nuevas modalidades de monitorización han permitido a los pediatras disponer de múltiples opciones más seguras y eficaces.

La Sociedad Española de Urgencias Pediátricas propone como criterios para medir la calidad de la atención prestada dos indicadores que tienen en cuenta el manejo del dolor y la ansiedad asociado a los procedimientos que se realizan en Urgencias.

##### RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Actividad de mejora pendiente de inicio. No se dispone de datos en el momento de la propuesta de plan de mejora de calidad

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Crear un protocolo de sedoanalgesia de empleo en pacientes pediátricos, englobando diferentes situaciones concretas, procedimientos no dolorosos (TAC, eco), procedimientos dolorosos (PL, reducción de fracturas, suturas, cura de heridas,...) y sedación en el paciente agitado.
- Instaurar el empleo de nuevos métodos de administración farmacológica mínimamente invasivos, como los dispositivos intranasales para el Midazolam y Fentanilo, dirigido a evitar la canalización de accesos venosos prescindibles y a la minimización de la ansiedad asociada a diferentes técnicas.
- Aumentar la cartera de Servicios Prestados del Hospital Obispo Polanco, evitando la derivación de pacientes por imposibilidad de realizar pruebas complementarias por falta de colaboración del paciente, formando correctamente al personal implicado en la asistencia pediátrica.

##### MÉTODO

- Desarrollo de un curso teórico/práctico de sedoanalgesia en pediatría, dirigido a los diferentes Servicios implicados en la atención de este tipo de pacientes, pediatras, enfermeras, médicos de urgencias y anestesiistas.
- Emplear diferentes escalas de valoración del dolor (escala observacional para <3 años y escala analógica para >3 años).
- Unificación de criterios y actuaciones en la aplicación de la sedación y analgesia adecuadas en los pacientes pediátricos, para lo cual crear un protocolo de sedoanalgesia consensuado con los diferentes servicios implicados.

##### INDICADORES

- Evaluación de los asistentes al curso tipo test pre-realización y post-realización del curso teórico-práctico.
- Evaluación de la satisfacción de los asistentes tras la finalización del mismo.
- Creación e implantación del protocolo de actuación en urgencias de pediatría, que indique los siguientes datos:

Indicación ante situaciones agudas dolorosas o que impliquen ansiedad.

Monitorización clínica de la efectividad de la sedación o analgesia mediante diferentes escalas pediátricas (escala Ramsay y Eva, respectivamente).

Monitorización del paciente durante dichos procedimientos

Dosis y vías de administración de la medicación

##### DURACIÓN

- Se realizará inicialmente un curso teórico-práctico de sedoanalgesia en pediatría,
- Dicho curso se realizará inicialmente a un grupo reducido de unas 25 personas (Pediatras, Anestesiistas, Médicos de familia y enfermeras) con una duración aproximada de unas 12h, solicitando acreditación.

##### 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 .....: 3 Bastante  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 3 Bastante

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

Fecha de entrada: 27/02/2019

#### 2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES SERRANO TORRES

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... H OBISPO POLANCO
- Localidad ..... TERUEL
- Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
- Sector ..... TERUEL

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

GOMEZ CHAGOYEN BLANCA  
FERNANDEZ JORCANO MARIA JESUS  
RESANO TOBAJAS JUANA MARIA  
JURADO TORRES MARIA JOSE  
ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA  
ALONSO PEREZ PILAR  
ALEGRE DEL CAMPO TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo se ha enviado a Dirección Médica y de Enfermería. Pendiente de publicación en la intranet del H.O.Polanco. Se facilita el documento a unidades que lo precisen. Se ha realizado en 2018, el plan de cuidados en la contención mecánica. También se han desarrollado talleres de contención mecánica.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores de proceso:

Control eficaz de la agitación: control de la agitación psicomotriz en 2 horas con el uso de la contención verbal o contención mecánica y tratamiento farmacológico.

Uso de medidas de contención : porcentaje de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería.

Evaluación de la retirada de la CM: retirada de la contención mecánica en aquellos enfermos cuya agitación psicomotriz esté controlada al menos de 6-12 horas.

Evaluación si los documentos de consentimiento informado y de comunicación al juzgado están adecuadamente cumplimentados.

Indicadores de resultado:

Evaluación de la correcta realización del protocolo de contención en el centro.

Realización de las actividades programadas en el protocolo de contención mecánica del centro.

Evaluación del registro de la CM en la historia clínica del paciente.

Evaluación del registro del seguimiento de la CM y medidas empleadas por enfermería.

Evaluación de la correcta cumplimentación por parte del médico del registro de retirada de la CM

Evaluación del registro en la Historia Clínica de que se ha procedido a informar a la familia del paciente de la utilización de CM.

Evaluación de la aparición de complicaciones o efectos adversos tras la utilización de CM.

En el protocolo se han planificado los indicadores, pero no se han llevado a cabo, pendiente de continuar en 2019, salvo la utilización de registro por enfermería y que todas las contenciones realizadas en la UCE PSQ están pautadas al 100% por los facultativos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Gobierno de Aragón elaboró un documento con una temática similar, pero no se ajustaba a las características de nuestra unidad. es un proyecto sostenible, ya que es algo que se realiza en la unidad, pero sin estar protocolizado. El coste del proyecto y su seguimiento es cero.

#### 7. OBSERVACIONES.

ES UN DOCUMENTO QUE HA COSTADO MUCHO TIEMPO SU ELABORACIÓN, DADO QUE IMPLICA A TODO EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, VARIACIONES ENTRE CENTROS, MEDIDAS JUDICIALES...HAN PARTICIPADO ADEMÁS EN LA ELABORACIÓN NAVARRO MARTINEZ ANA CRISTINA Y GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA. EL PROYECTO CORRESPONDE A LA CONVOCATORIA 2014.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2014/247 ===== \*\*\*

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES SERRANO TORRES  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ CHAGOYEN BLANCA  
FERNANDEZ JORCANO MARIA JESUS  
RESANO TOBAJAS JUANA MARIA  
ALBALADEJO RAEZ MARIA EUGENIA  
JURADO TORRES MARIA JOSE  
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA  
NAVARRO MARTINEZ ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades se han llevado a cabo desde el 1 de enero a 31 de diciembre de 2019.

Se ha cumplido el calendario marcado y los recursos disponibles.

Se ha puso en marcha el protocolo en 2018, presentándose en Dirección médica y de enfermería del H.O.Polanco, aunque ya se seguía el procedimiento desde que se abrió la unidad en 2014, sin estar protocolizado.

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES.

INDICADORES DE PROCESO:

1. CONTROL EFICAZ DE LA AGITACIÓN: control de la agitación psicomotriz en 2 horas con el uso de la contención verbal o contención mecánica y tratamiento farmacológico.

El indicador habla de PACIENTES AGITADOS, en los que es preciso recurrir a la contención verbal, mecánica y farmacológica.

De las 15 contenciones mecánicas registradas en la unidad (sólo consta registro protocolizado en 10) :

? 8 han tenido una duración mayor de 12h

? 7 duración entre 6 y 8 horas.

Por tanto este indicador se ha incumplido (0%) en referencia a las contenciones verbales, mecánicas y farmacológicas que se han realizado y consta registro que es el 66.6%, por duración > 6 h)

Las contenciones verbales/farmacológicas que son muy habituales, EN PACIENTES CON INQUIETUD PSICOMOTRIZ, NO AGITACIÓN, no consta registro específico, dejando constancia por escrito, en historia clínica médica y de enfermería, pero no se han contabilizado. Suelen ser efectivas las medidas, pero al no registrarse en otro documento a parte no es posible su evaluación.

2. USO DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN: porcentaje de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería.

Se ha cumplido al 100%

3. EVALUACIÓN DE LA RETIRADA DE LA CM: retirada de la contención mecánica en aquellos enfermos cuya agitación psicomotriz esté controlada al menos de 6-12 horas.

No consta registro por escrito de la retirada de la contención, si bien es una medida que se realiza de modo consensuado por el equipo multidisciplinar.

4. EVALUACIÓN SI LOS DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DE COMUNICACIÓN AL JUZGADO ESTÁN ADECUADAMENTE CUMPLIMENTADOS.

En la U.C.E. Psiquiatría en cada ingreso figura el consentimiento informado en 2 documentos: el general del hospital que firma el paciente en presencia del facultativo y uno específico de la unidad que firma en presencia del personal de enfermería. Si el paciente se niega a firmarlos se solicita la autorización judicial según consta en el protocolo.

Por tanto dicho indicador se cumple al 100%.

Consentimiento al paciente para realizar la contención mecánica de forma voluntaria, no se creyó necesaria su inclusión, por el equipo que participó en la elaboración del protocolo. Suele ser infrecuente.

De las 15 contenciones realizadas:

? En 13 consta información al juzgado

? A petición del paciente, se realizó 1

? Alta voluntaria en 1 paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES DE RESULTADO (descritos en el protocolo):

EVALUACIÓN DE LA CORRECTA REALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN EN EL CENTRO:

1. REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DEL CENTRO.

Se ha registrado en el 10 pacientes agitados, de las 15 contenciones.

66.6% se ha cumplido

2. EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA CM EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE.

Se ha registrado en el 10 pacientes agitados, de las 15 contenciones.

66.6% se ha cumplido

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0247

### 1. TÍTULO

#### SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

3. EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL SEGUIMIENTO DE LA CM Y MEDIDAS EMPLEADAS POR ENFERMERÍA.  
10 pacientes hoja de registro de contención y plan de cuidados en la contención mecánica, 66.6 %.
4. EVALUACIÓN DE LA CORRECTA CUMPLIMENTACIÓN POR PARTE DEL MÉDICO DEL REGISTRO DE RETIRADA DE LA CM.  
En la hoja de tratamiento (prescripción electrónica) se refleja la indicación pero no la retirada de la contención mecánica. Grado de cumplimiento: 0%.  
La hoja de registro se ha modificado incluyendo la firma del médico y la retirada.
5. EVALUACIÓN DEL REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA DE QUE SE HA PROCEDIDO A INFORMAR A LA FAMILIA DEL PACIENTE DE LA UTILIZACIÓN DE CM.  
Siempre que existan familiares que se hagan cargo del paciente se avisa, pero no hay registro en historia clínica. Grado de cumplimiento: 0%.
6. EVALUACIÓN DE LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES O EFECTOS ADVERSOS TRAS LA UTILIZACIÓN DE CM.  
Consta en historia: 2 laceraciones en muñecas y tobillos.  
El 13.3 % de los pacientes han sufrido complicaciones leves.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al ser un protocolo en el que estaban incluidas medidas judiciales, médicas y de enfermería se precisó de mucho tiempo para su elaboración, consultando las fuentes de datos disponibles.  
Proyecto sostenible, ya que es algo que se realiza en la unidad, coste del proyecto y su seguimiento es cero.  
No es posible su continuación, a no ser que se incluya en el contrato gestión del 2020.  
Los miembros de ejecución del protocolo fueron cambiando, al igual que la situación laboral los mismos. Se da por concluida la memoria al no trabajar la responsable del protocolo en la unidad, cambio de centro de trabajo al hospital San Juan de Dios.  
Podrían modificarse algunos indicadores, por ejemplo, una agitación psicomotriz precisa según datos estudiados en la unidad de un mínimo de 6-8 horas para controlarse.  
También son importantes las medidas de contención verbal/farmacológica que se realizan y no se registran.  
Es preciso que conste en la historia:  
-la comunicación a los familiares del uso de la medida  
-la retirada de la contención por parte del psiquiatra, enfermería valora la contención cada 15 minutos y lo registra.  
Las lesiones que han sufrido los pacientes han sido leves y poco frecuentes, teniendo en cuenta el estado fisiopatológico del paciente.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se da por finalizado el programa de la calidad del 2014. La Dirección Médica y de Enfermería del hospital Obispo Polanco junto a los responsables de la unidad valorarán si es preciso realizar un nuevo protocolo o modificarlo según las conclusiones.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2014/247 ===== \*\*\*

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0020

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA JOSE BORRUEL AGUILAR  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS  
BEHROUZ BANDPEY FATAHI  
VILLALBA GARCIA JUSTO  
VICARIA WITTIG GUSTAVO  
MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES  
REMON VICENTE ESTHER  
PEREZ MARTIN MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Durante el mes de octubre de 2013 se pasan los test de despistaje de disfagia a los pacientes que entran dentro de los criterios establecidos. Paciente con dieta oral y entre las edades establecidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se recogen 32 casos de pacientes que ingresan desde urgencias a los distintos servicios de nuestro hospital y que siguen tolerancia oral.

Se pasa EAT-10, test de despistaje de disfagia obteniendo las siguientes puntuaciones: 0-17 pacientes, 1-3 pacientes, 2-4 pacientes, 3 1 paciente, 4 -1 paciente y 13 1 paciente.

Se realizan 7 test de volumen viscosidad con los siguientes resultados: disfagia a líquidos 3 pacientes, disfagia mixta 1 paciente, no disfagia 3 pacientes.  
En los pacientes a los que se determina tipo de dieta tras test de volumen viscosidad en 3 de los casos se pauta dieta adecuada y 4 de ellos no adecuada.

El número de broncoaspiraciones de los pacientes a los que se realizó el TEst eat-10 o el volumen viscosidad fue de 0.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Baja implicación de los profesionales de urgencias en la valoración de la disfagia de los pacientes que ingresan y de la adecuación de la dieta de estos.

Recomendamos insistir en el protocolo de disfagia para adecuar las dietas y evitar complicaciones.

Nuevas sesiones informativas.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2013/20 ===== \*\*\*

Nº de Registro: 0020

Título  
PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACION MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

Autores:  
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, MIGUEL ORTEGA MARIA ANGELES, PEREZ MARTIN MARIA ANGELES, REMON VICENTE ESTER, VILLAMON NEVOT MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

PROBLEMA  
La disfagia es un trastorno que consiste en la dificultad para deglutir los alimentos sólidos y/o líquidos desde la cavidad bucal hasta el estómago. La disfagia es más frecuente en la población anciana, así como en las enfermedades neurodegenerativas, la demencia y después de un accidente vascular cerebral.

- Accidente vascular cerebral	43-60%
- Enfermedad de Parkinson	35-50%
- Enfermedad de Alzheimer	45-50%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0020

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA POR BRONCOASPIRACIÓN MEDIANTE EL DESPISTAJE DE LA DISFAGIA DESDE URGENCIAS EN PACIENTE QUE INGRESA

- Neoplasias de cabeza y cuello 59%
- Población institucionalizada: 50-65%

Se ha estimado una prevalencia de disfagia en ancianos sanos entre el 7 y el 22%. Su estudio se hace especialmente importante dado que se reconoce un aumento de la población mayor, así pues en España, la proporción de mayores de 65 años se encuentra alrededor del 15%, y se prevé que llegue al 19% en el año 2020.

La disfagia si no se trata precozmente, puede tener repercusiones importantes sobre la salud de los que la padecen, disminuyendo considerablemente su calidad de vida. Así, las complicaciones más importantes derivadas del inadecuado abordaje de este trastorno son: la malnutrición, la deshidratación, las aspiraciones y neumonías, teniendo esta última en el 50 % de los casos, una mortalidad asociada de hasta el 50 %, siendo ésta una patología grave y posiblemente evitable en algunos casos.

#### RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

#### RESULTADOS ESPERADOS

Detectar a los pacientes con disfagia. Valoración del grado de disfagia. Instauración de tratamiento nutricional con el fin de prevenir las complicaciones de la disfagia. Evitar el número de neumonías por broncoaspiración totales en nuestro hospital con una disminución por tanto de la mortalidad por este motivo.

#### MÉTODO

Se pasará el test EAT -10 (test autocumplimentable para despistaje de disfagia) a todo paciente que vaya a ingresar en el hospital y que tenga más de 65 años.

En los pacientes que obtengan puntuación positiva en el test EAT-10 o a quienes por sus características previas se les presuponga la presencia de disfagia (o enfermedades que puedan ser causa de disfagia: demencia, parkinson, tumores faciales...), se les realizará el test de volumen-viscosidad.

En los pacientes en los que se determine la existencia de algún grado de disfagia, se administrará la dieta adecuada según sus necesidades.

#### INDICADORES

- Número de pacientes ingresados a los que se les realiza EAT-10
- Número de pacientes ingresados a los que se les realiza test de volumen viscosidad
- Número de paciente que ingresan con dieta adecuada a sus necesidades.
- Número total de pacientes que al alta presentan diagnóstico de neumonía por broncoaspiración y comparación con el de años anteriores.

#### DURACIÓN

Se pasarán los test de despistaje de disfagia a partir del mes de mayo hasta octubre.  
Durante noviembre y diciembre se realizará recopilación de datos y estudio de los mismos.

#### OBSERVACIONES

#### Valoración de otros apartados

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

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

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0045

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ..... VICTORIA ESTABEN BOLDOVA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO  
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE  
SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR  
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION  
BENEDICTO TORRES MARIA PILAR  
REMON VICENTE ESTHER  
CORRAL MARTIN MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
SE REALIZA PROTOCOLO HOSPITALARIO DE ACTUACIÓN EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE CARA A AUMENTAR LA DETECCIÓN DE LOS POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS QUE SE ATIENDEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.  
PARA CONSEGUIR ESTO, TRAS LA REALIZACIÓN DEL MISMO, SE IMPARTEN SESIONES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES EN EL SERVICIO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
SE HA CONSEGUIDO UNA MAYOR CONCIENCIACIÓN CON LA DIFUSIÓN DEL PROTOCOLO QUE CONLLEVA UN AUMENTO Y UNA MEJORA EN LA DETECCIÓN DE LOS POSIBLES DONANTES ASI COMO UNA MEJOR ATENCIÓN EN EL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
DADA LA IMPORTANCIA D ELA DONACIÓN EN NUESTROS DÍAS, ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN HOSPITALARIA TANTO PARA DETECTAR EL MAYOR NÚMERO DE POTENCIALES DONANTES COMO PARA UNIFICAR CRITERIOS DE ACTUACIÓN EN LOS MISMOS.

7. OBSERVACIONES.  
AGRADECERÍA QUE ME ENVIASEIS EL CERTIFICADO ANTES DEL 25 DE FEBRERO. GRACIAS. UN SALUDO.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2013/45 ===== \*\*\*

Nº de Registro: 0045

Título  
MEJORA EN LA DETECCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROCESO

Autores:  
ESTABEN BOLDOVA VICTORIA, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, SANZ DE MIGUEL MARIA PILAR, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, BENEDICTO TORRES MARIA PILAR, REMON VICENTE ESTER, CORRAL MARTIN MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

**PROBLEMA**  
En los últimos años los casos de donación de órganos han mantenido una tendencia a la baja en nuestro país, debido en parte a la disminución de los accidentes de tráfico. Según los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), la mayoría de las donaciones se realiza de pacientes en muerte encefálica, siendo un mínimo porcentaje los donantes en asistolia. En 2008 dada la escasez de donantes, la ONT lanzó la campaña plan 40, que trata impulsar la donación para conseguir cifras de 40 donantes por millón de población. En este sentido nuestra Comunidad y por extensión nuestro Hospital se encuentran por debajo de ese objetivo estratégico. Esto se agrava al no disponer en nuestro centro de servicio Neuroquirúrgico. Sin embargo, recientes estudios revelan el potencial que tienen los servicios de urgencias para detectar casos de potenciales donantes de órganos, que en la mayoría de los casos fallecen en urgencias/planta hospitalización dentro de las primeras 72 h, diagnosticados la mayoría de Hemorragia cerebral sin opciones terapéuticas y que podrían entrar en el programa. Este protocolo se está desarrollando ya en alguna comunidad Autónoma como La Rioja, con resultados excelentes (pasó de ser la que menos donantes tenía hace unos años a ocupar la cabeza de la lista en cuanto a detección de potenciales donantes).

**RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO**

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Aumentar la detección de potenciales donantes en nuestro hospital.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0045

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ATENCION DE POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS EN EL AREA DE URGENCIAS. OPTIMIZACION DEL PROYECTO

mejorar el proceso de la donación de organos desde el servicio de urgencias.

##### MÉTODO

Impulsar la formación y recopilar en una vía clínica todo el proceso de la donación de organos en urgencias . Pretende ser una herramienta que permita al urgenciólogo abordar los siguientes items:

- Establecer con claridad las contraindicaciones para ser donante de órganos y tejidos. En este sentido hacer hincapié en que la edad no supone contraindicación.
- Recopilar indicadores validados clínico-radiológicos en la hemorragia intracraneal que permitan al clínico disminuir la incertidumbre a la hora de determinar el pronóstico de este tipo de pacientes e identificar los que pueden fallecer en muerte encefálica.
- Dar a conocer la figura del Coordinador de trasplantes del Hospital para consultar dudas y participación en el proceso.
- formación específica del personal para evitar conductas/actuaciones que faciliten la negativa de la familia a la donación. En este sentido, se tratará cómo dar malas noticias, establecer el cuándo y el cómo se plantea la donación de órganos a la familia.
- Mantenimiento del potencial donante de órganos en urgencias mediante el abordaje de las principales complicaciones en estos pacientes.

##### INDICADORES

Determinar la tasa de potenciales donantes de órganos, donantes efectivos y compararla con la de años anteriores tras la implantación del programa.

##### DURACIÓN

Elaboración del protocolo: abril-junio  
Formación: septiembre  
Seguimiento: 2 años.

##### 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

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